

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 43

Travail du Centre anticancéreux de Lyon
et de la Clinique Chirurgicale du Professeur Léon BÉRARD

CANCER des LÈVRES
et
RÉCIDIVES GANGLIONNAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri SOLÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 17 Juin 1905 à CESSENON (Hérault)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

CANCER des LÈVRES et RÉCIDIVES GANGLIONNAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 43

Travail du Centre anticancéreux de Lyon
et de la Clinique Chirurgicale du Professeur Léon BÉRARD

CANCER des LÈVRES
et
RÉCIDIVES GANGLIONNAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri SOLÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 17 Juin 1905 à CESSENON (Hérault)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
	TIXIER
	BERARD
	VORON
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique	MOURIQUAND
Clinique des maladies des enfants	VIIARD
Clinique des maladies des femmes	COLLET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	GAYET
Clinique des maladies des voies urinaires	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	FLORENCE
Chimie biologique et médicale	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	BRETIN
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie	POLICARD
Histologie	DOYON
Physiologie	FROMENT
Pathologie interne	CADE
Pathologie et Thérapeutiques générales	FAVRE
Anatomie pathologique	PATEL
Chirurgie opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	Etienné MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	SAVY
Thérapeutique	LEULIER
Pharmacie et Pharmacologie	PIERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. TIEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. FAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, *président* ; THÉVENOT Léon, *assesseur* ;
CHALIER A. et ROCHET, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Vous vous êtes imposés pour
moi les sacrifices les plus lourds,
supportés d'un cœur toujours léger.
Que ce modeste travail vous ap-
porte quelque joie, au moment
même où se trouve atteint votre but
le plus cher.

A MES GRANDS-PARENTS

Pieux et fidèle souvenir.
Votre vie de labeur sera toujours
pour moi un exemple.

A MA FIANCÉE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS ET CAMARADES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A NOS JUGES

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE LYON

A NOS MAITRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BERARD

Professeur de clinique chirurgicale
Commandeur de la Légion d'honneur

C'est sous sa haute direction et dans son Service que nous avons entrepris ce modeste travail.

Il nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CREYSSEL
Chef de clinique chirurgicale

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a constamment aidé
de ses conseils éclairés. Il ne nous
a ménagé ni son temps, ni sa peine,
qu'il trouve ici l'expression de
notre vive gratitude.

Introduction

Le traitement chirurgical et le traitement par les radiations constituent encore, à l'heure actuelle, les deux seules méthodes d'efficacité certaine dont on dispose dans la lutte anti-cancéreuse.

En ce qui concerne l'épithélioma de la lèvre inférieure, notamment, il était admis depuis de longues années, par la plupart des auteurs, que ces thérapeutiques pouvaient obtenir, dans une forte proportion de cas, la guérison à longue échéance, à condition de joindre à l'exérèse large, ou à la destruction par la curiethérapie ou la radiothérapie de la lésion locale, l'évidement systématique des territoires ganglionnaires correspondants.

Or, au cours de ces dernières années, dans une série de remarquables travaux qu'il consacre à la thérapeutique des divers néoplasmes, Monsieur le Professeur Regaud arrive, par l'étude critique de ses nombreuses observations de cancroïdes des lèvres, à une conclusion un peu différente. Estimant à 60 % la proportion moyenne des cas de néoplasmes de la lèvre inférieure observés à un stade où n'existe pas d'in-

festation ganglionnaire, il en arrive à s'élever contre la règle du curage ganglionnaire constant, prophylactique ; et dans son travail du « Paris Médical », paru en 1927, au sujet des adénopathies consécutives aux cancers des lèvres, il formule, après avoir montré l'évolution de ses idées sur ce point, les règles de conduite qui suivent :

« 1° Dans le cas de cancer labial où il n'existe aucun ganglion palpable, et dans les cas où l'on ne constate que des ganglions sous-maxillaires banaux, sans caractère suspect, nous croyons qu'on peut s'abstenir d'opérer immédiatement les régions ganglionnaires. Mais le malade doit être mis personnellement en garde contre l'éventualité d'une adénopathie néoplasique, et il est essentiel qu'il se fasse examiner, de préférence par le médecin même qui a traité sa lèvre, tous les deux mois pendant les six premiers mois, puis tous les trois mois jusqu'à la fin de la deuxième année, puis deux fois pendant la troisième année. Il doit, en outre, revenir spontanément, à la première alerte dans la région cervicale.

« 2° Lorsqu'il existe une adénopathie que son siège, sa grosseur, son adhérence, sa croissance, l'étendue de la lésion primaire, rendent suspecte, il est nécessaire d'opérer sans délai le côté correspondant (ou les deux côtés si l'adénopathie est bilatérale). La pièce opératoire doit être disséquée ; les ganglions, quelle que soit leur taille, doivent être repérés et prélevés, en vue d'un examen histologique séparé pour chacun d'eux. Si aucune trace de cancer n'est trouvée, le malade, bien entendu, ne doit pas être traité par les

radiations. Toutefois, il doit être surveillé comme dans la catégorie précédente, car il est possible qu'un petit ensemencement cancéreux ait échappé à l'exérèse et à l'examen histologique.

« 3° Lorsque les ganglions sont reconnus cancéreux par l'histologie, le traitement radiothérapique doit compléter, dans tous les cas, l'acte chirurgical.

« 4° Lorsque les malades se présentent avec des ganglions inopérables (au sens classique, qui exigent l'exérèse contournant le néoplasme, sans l'entamer), les perspectives de guérison radiothérapique sont très réduites. Toutefois, elles ne sont pas nulles.

« L'examen histologique est, dans de tels cas, fort utile, en renseignant sur le degré de radiosensibilité des tumeurs. Certaines tumeurs sensibles (épidermoïdes à cellules basales dominantes, à métamorphose cellulaire du type des muqueuses), peuvent être traitées avec chances sérieuses de guérison.

A défaut de guérison, une radiothérapie correcte (par rayons X ou radium) des tumeurs ganglionnaires inopérables donne de bons résultats palliatifs.

« 5° L'association d'une exérèse incomplète avec la radiothérapie peut être utile, et même procurer la guérison, dans certains de ces derniers cas. »

C'est précisément en raison de l'exceptionnelle autorité qui s'attache à une telle opinion qu'il nous a paru utile de reprendre, sous l'inspiration de Monsieur le Professeur Bérard et dans son service, l'étude des lésions ganglionnaires dans le cancer des lèvres, afin d'en discuter à nouveau les conclusions thérapeutiques. En effet, il nous semble, d'après les documents

recueillis au centre anticancéreux de Lyon, que la fréquence et la gravité des récidives ganglionnaires après un traitement limité à la lésion initiale, *même dans les cas où il n'existait aucun ganglion suspect lors du premier examen*, justifient une conduite différente de celle préconisée par M. Regaud. Dans l'impossibilité où nous sommes d'avoir un criterium certain, clinique ou même histologique — (car une ou même plusieurs biopsies négatives n'ont pas une valeur absolue) — de l'intégrité des territoires ganglionnaires correspondants, la règle thérapeutique, formulée par les chirurgiens, nous paraît rester entière, et seuls des cas très particuliers, que nous aurons à examiner, peuvent y faire légitimement exception. S'il est excessif de dire, avec Langenberk dans les archives de chirurgie clinique : « Les seuls progrès réels qui ont été faits dans le traitement du cancer de la lèvre inférieure consistent dans l'extirpation de la région ganglionnaire », il n'en reste pas moins vrai que *le curage cervical systématique est toujours une des plus sûres garanties contre la récidive*. Cette récidive, qui est en réalité une continuation de l'évolution néoplasique au niveau des points qui n'ont pas été dépassés par l'exérèse, se présente, ainsi que nous nous proposons de le montrer, dans des conditions anatomo-cliniques si différentes des lésions ganglionnaires premières, que le pronostic en est le plus souvent presque désespéré, quels que soient les moyens thérapeutiques mis en œuvre.

C'est pourquoi toute méthode qui se limite à la lésion labiale nous paraît, en règle générale, insuf-

fisante, le seul véritable traitement efficace des récidives ganglionnaires étant le traitement prophylactique.

Le plan de cette étude sera donc le suivant : dans une première partie, après l'exposé de nos observations, nous étudierons les récidives ganglionnaires observées à la suite d'exérèse chirurgicale ou de destruction par les agents physiques de l'épithélioma labial seul, au point de vue de leurs conditions étiologiques, de leurs formes anatomo-cliniques et de leur évolution et diagnostic.

Dans une deuxième partie, nous tirerons de cette étude les conclusions thérapeutiques tant au point de vue de la prophylaxie des récidives que de leur traitement curatif ou palliatif.

PREMIÈRE PARTIE

Etude anatomo-clinique
des récidives ganglionnaires
dans le cancer des lèvres
après traitement limité à la lésion initiale

CHAPITRE PREMIER

Observations

OBSERVATION PREMIERE

Résumé. — *P...*, épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure, sans ganglion perceptible. Exérèse de la lésion initiale le 18 juillet 1928; uas de curage ganglionnaire. Récidive sous forme d'adénopathie sous-maxillaire. Traitement: Evidement ganglionnaire et radium-thérapie (septembre 1928). Mort le 23 mars 1929.

M. Pail..., âgé de 42 ans, entré le 18 juillet 1928 dans le service du Professeur Bérard, pour tumeur de la région sous-maxillaire droite.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 21 ans; marié, sans enfants.

Débuts de l'affection : En 1925, induration siégeant à la lèvre inférieure droite.

Intervention : Ablation du cancroïde labial sans évidemment ganglionnaire.

Suites opératoires proches : Satisfaisantes.

Résultats éloignés : 10 mois après l'intervention, tuméfaction au niveau de la région sous-maxillaire droite, augmentant progressivement de volume.

Aucun trouble fonctionnel. Douleurs violentes, intermittentes, non irradiées. Ganglion de plus en plus gros. Un médecin pratique son ablation; celle-ci est suivie de l'apparition d'une fistule d'où s'échappe un peu de sang mélangé à de la sérosité.

Affection actuelle : A l'entrée, 18 juillet 1928, cicatrice régulière sur la lèvre inférieure, un peu épaissie, indolore. Tuméfaction près du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur droit, du volume d'une mandarine, squirrheuse, peu mobile sur les plans profonds. Peau normale, sauf au centre où il existe une petite ulcération saignant facilement.

Examen laryngoscopique : Négatif.

Réaction de Wassermann : Négative.

Intervention : Le 21 juillet 1928 par le Docteur Desjacques. Anesthésie loco-régionale, incision stellaire; évidemment ganglionnaire des régions sous-maxillaires, sous-mentale, et carotidienne droite. Curage sous-maxillaire gauche. Fermeture avec drain.

Examen histologique : Ganglion envahi par un épithélioma malpighien spino-cellulaire avec ébauche de globes cornés.

Traitement complémentaire : 28 septembre 1928, traitement par le radium pendant 15 jours. Application d'un collier de 17 tubes de 100 et 16 tubes de 50 sur les régions sous-maxillaires et carotidiennes. (Dose 300 millicuries détruits).

Suites proches : 26 décembre 1928, double ulcération, l'une dans la région carotidienne supérieure, l'autre dans la région sous-maxillaire; bords épaissis, surélevés. Fond rempli d'un liquide purulent et jaunâtre.

Suites éloignées : Peu favorables. Le 23 mars 1929, mort du malade par hémorragie due à la rupture de l'artère carotide primitive droite.

OBSERVATION II

Résumé. — *M...*, épithélioma malpighien spino-cellulaire de la lèvre inférieure; application de topiques, ablation de quelques ganglions sous-maxillaires, sans caractère. Pas d'évidement systématique des 2 loges. Récidive sous forme d'adénopathie sous-maxillaire le 22 septembre 1926. Traitement : curage ganglionnaire, résection du maxillaire inférieur (septembre 1926). Nouvelle récidive (octobre 1926). Curage (avril 1927). Mort le 8 août 1927.

Mut..., âgé de 57 ans, entré le 22 septembre 1926 dans le service du Professeur Bérard pour tumeur de la région sous-maxillaire gauche.

Débuts de l'affection : Il y a 6 ans, néoplasme de la lèvre apparu sur la cicatrice consécutive à une coupure par rasoir. Guérison par l'application de topiques.

En février 1926, présence, dans la région sous-maxillaire gauche, d'une petite tumeur de la grosseur d'un haricot, roulant sous le doigt. Intervention sur cette masse ganglionnaire sans évidement systématique des loges sous-maxillaires.

Suites : Apparition d'une fistule.

Affection actuelle : Malade pâle, amaigri; tuméfaction dans la région sous-maxillaire gauche. Peau rouge, percée par deux fistules, qui laissent écouler un pus sanieux; tumeur dure, adhérente à la peau et aux plans profonds.

Examen de la bouche : Négatif; en particulier, le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur est intact.

Intervention : Le 30 septembre 1926 par le Docteur Mallet-Guy. Ablation de la masse ganglionnaire infectée et fistulisée en deux points. Peau elle-même largement envahie. Evidement sous-maxillaire complété par la résection du bord inférieur du maxillaire inférieur envahi, et où siège de l'ostéite. Extirpation de quelques ganglions carotidiens.

Examen histologique : Epithélioma malpighien, type spino-cellulaire. Assez nombreux globes cornés. Stroma abondant très inflammatoire.

Suites proches : Température à 38°5. Large suppuration. Le 20 octobre 1926, bon état local, suppuration tarie.

Nouvelle intervention le 23 octobre 1926; résection de la mâchoire inférieure en sectionnant à la cisaille la branche montante et la coronoïde. Curettage de la plaie cervicale. On peut pratiquer le rapprochement des lambeaux.

Examens ultérieurs : Le 10 novembre 1926, plaie fistulisée; dans la peau du lambeau inféro-antérieur, on trouve un nodule suspect du volume d'une fraise; le 15 novembre 1926, traitement par les rayons X sur le bourgeon de récurrence; feu nu; le 17 novembre 1926, bon aspect des lésions, assouplissement considérable de tous les tissus; le 5 janvier 1927, nouvelle récurrence ganglionnaire au niveau de la région sus-claviculaire; le point de récurrence jugal est en voie de régression très marquée; le 30 mars 1927, ulcération suspecte au niveau de la perte de substance traitée par feu nu; ganglion sous-maxillaire adhérent à l'angle droit de la mâchoire.

Reintervention : Le 7 avril 1927. Anesthésie générale à l'éther. Curage sous-maxillaire droit et ablation de

quelques ganglions carotidiens envahis. Incision d'un phlegmon dans la région carotidienne gauche où l'on tombe sur un tissu d'aspect malin.

Suites opératoires : Peu favorables; le malade succombe le 8 août 1927.

OBSERVATION III

Résumé. — *P...*, épithélioma de la lèvre inférieure; pas de ganglion perceptible. Exérèse de la lésion initiale (avril 1915). Pas de curage ganglionnaire. Récidive sous forme d'adénopathie sous-mentale. Traitement par les rayons X (décembre 1925). Mort au mois de septembre 1926.

Port..., âgé de 73 ans, entré le 4 décembre 1925 au centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour récurrence ganglionnaire consécutive à un épithélioma de la lèvre inférieure.

Début de la maladie : En 1915. Ablation d'une petite tumeur de la lèvre inférieure sans ablation ganglionnaire.

Suites opératoires : Bonnes. En août 1925, présence d'un ganglion sous la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur. Le Docteur Santy pratique son ablation. Suites favorables.

Affection actuelle : Cicatrice au niveau de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur. Région sous-mentale augmentée de volume; la palpation est indolore. Aspect d'une masse dure, asymétrique, siégeant surtout à gauche, paraissant englober le plancher de la bouche, qui est infiltré. Sous la branche gauche du maxillaire inférieur, presque à l'angle, on perçoit un gros ganglion

très dur. Ganglion carotidien gauche volumineux et mobile. Difficulté de la déglutition.

Examen laryngoscopique : Cordes vocales un peu rosées; laryngite aiguë.

Traitement par les rayons X :

5 décembre 1925	}	irradiation latérale au
7 décembre 1925		niveau des régions
8 décembre 1925		sous-maxillaires.
9 décembre 1925	}	irradiation sous-
10 décembre 1925		mentale.
11 décembre 1925		

Suites proches : Sans incidents notables.

Suites éloignées : Mauvais état général et local du malade, qui meurt au mois de septembre 1926.

OBSERVATION IV

Résumé. — B..., épithélioma de la lèvre inférieure, sans ganglion perceptible. Exérèse de la lésion initiale (mai 1924). Pas de curage ganglionnaire. Récidive, sous forme d'adénopathie sous-maxillaire (avril 1926). Traitement. Curage, ablation de l'os hyoïde (6 mai 1926). Mort, le même jour de l'intervention.

Bon..., âgé de 65 ans, entré le 10 avril 1926 dans le service du Professeur Bérard, avec le diagnostic de « Récidive ganglionnaire consécutive à un cancroïde de la lèvre inférieure.

Début de l'affection : En 1922, apparition d'une tumeur labiale ; première intervention en 1924 : ablation chirurgicale du néoplasme à Tournon, sans évidemment ganglionnaire.

Suites opératoires : Guérison apparente. En 1925, le

malade s'aperçoit de la présence d'un petit ganglion dans la région sous-maxillaire, qui grossit peu à peu. Extirpation du ganglion en mars 1926 par le Docteur Cadet, de Tournon.

Suites opératoires: récidive et augmentation très rapide de l'adénopathie.

Maladie actuelle: A l'entrée, on voit 3 masses sous-maxillaires, de la grosseur d'une olive chacune, soulevant la peau qui est enflammée à ce niveau. D'autres ganglions sont sentis dans la profondeur et dans la chaîne carotidienne droite.

Intervention le 6 mai 1926 par le Docteur Dunet; ablation de la récidive, avec large nettoyage de la région antérieure du cou, et l'ablation de l'os hyoïde envahi entièrement.

Suites proches: Exitus le même jour de l'opération.

OBSERVATION V

Résumé. — G..., *épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure, sans ganglion suspect. Exérèse de la lésion initiale* (août 1925). *Pas de curage ganglionnaire. Récidive sous forme d'adénopathie sous-maxillaire et sous-mentale* (janvier 1927). *Traitement: curage sus-hyoïdien et sous-maxillaire bilatéral...* (janvier 1927). *Rayons X* (mai 1927). *Mort* (août 1927).

Gay..., entré le 15 janvier 1927 au centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour une « Récidive ganglionnaire consécutive à un néoplasme de la lèvre inférieure » datant de deux ans.

Début de la maladie: Il y a 3 ans, le malade s'aperçoit de la présence d'une petite érosion siégeant sur la lèvre inférieure à un coin de la commissure; augmentation

rapide de volume, atteignant au bout de 2 ans celui d'une noisette, avec une ulcération anfractueuse à bords sanieus, saignant facilement.

Opération : Exérèse de la tumeur, sans ablation systématique des régions ganglionnaires envahies.

Suites proches : Guérison apparente.

Suites éloignées : Deux mois après l'intervention, récidive ganglionnaire sous forme de tuméfactions sous-maxillaire et sous-mentale.

Affection actuelle : A l'examen, cicatrice non indurée de la lèvre inférieure; dans la région sous-mentale, gros ganglion dur, immobile sur les plans profonds, adhérent au maxillaire, du volume d'une noix. Dans la région sous-maxillaire, petit ganglion de la grosseur d'un noyau de cerise, et, à côté, deux ganglions satellites. Rien dans la gouttière carotidienne droite, mais présence d'un ganglion dans la gouttière carotidienne gauche à la partie inférieure. Un à deux petits ganglions dans le creux sus-claviculaire gauche.

Intervention : Le 8 janvier 1927, par le Docteur Guilleminet. Curage sus-hyoïdien permettant d'extirper le paquet ganglionnaire qui adhère au rebord de la symphise du maxillaire inférieur; mais l'os ne paraît pas être envahi. Curage bilatéral des deux régions sous-maxillaires.

Examen histologique : Ganglion envahi dans sa plus grande partie par des éléments épithéliomateux du type malpighien spino-cellulaire.

Examens ultérieurs : Le 27 avril 1927, le malade revient avec une adénopathie sous-mentale et sous-maxillaire largement ulcérée et bourgeonnante à plusieurs endroits différents. On sent de petits ganglions carotidiens bilatéraux.

Traitement par les rayons X : Cinq séances de feu nu de 25 H. :

- 1^{re} le 9 mai 1927 ;
- 2^e, le 10 mai 1927 ;
- 3^e, le 12 mai 1927 ;
- 4^e, le 13 mai 1927 ;
- 5^e, le 16 mai 1927.

Examen ultérieur après les cinq séances par rayons X : 1^{er} juin 1927, amélioration certaine. Le 15 juin 1927, réaction très vive, au niveau de la région irradiée avec affaissement de toutes les parties occupées par le néoplasme. Douleurs irradiées à l'œil droit.

Suites éloignées : Mort du malade au mois d'août 1927.

OBSERVATION VI

Résumé. — *F...*, épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. Pas de ganglion perceptible. Exérèse de la lésion initiale (mai 1926), sans curage des ganglions. Récidive sous forme d'adénopathie sous-maxillaire (septembre 1926). Traitement : curage sous-maxillaire. Radium-thérapie (octobre 1926). Mort le 10 juin 1928.

Fam..., âgé de 84 ans, entré dans le service du Professeur Bérard le 15 septembre 1926 avec le diagnostic de *récidive ganglionnaire consécutive à un néoplasme de la lèvre inférieure*.

Début de l'affection : Au mois de mai 1925, le malade constate la présence d'une tumeur au niveau de sa lèvre inférieure.

Intervention : Exérèse locale sans ablation ganglionnaire.

Maladie actuelle : Tuméfaction sous-angulo-maxillaire

gauche, du volume d'une grosse noix, très dure à la palpation, semblant soudée au maxillaire inférieur. Pas d'adhérence avec la peau. Pas de point dépressible. Pas de noyau particulièrement induré, consistance uniforme. Peau normale. Un ou deux ganglions assez gros dans la région carotidienne gauche, ainsi que dans la région sous-maxillaire droite.

Intervention : 23 septembre 1926 par le Docteur Dunet. Curage large de la région sous-maxillaire qui contient plusieurs ganglions nettement néoplasiques, le curage est poussé jusqu'à la bifurcation thyro-lingo faciale où il existe des ganglions.

Examen histologique : Ganglion envahi d'une façon diffuse. Epithélioma malpighien du type spino-cellulaire, avec de nombreux globes cornés.

Traitement complémentaire par le radium : Le 4 octobre 1926 (Docteur Colombet) application d'un collier de 20 tubes de 50 Ra élément. Durée : 7 jours (dose 168 millicuries détruits).

Suites proches : Le malade rentre chez lui, semblant très amélioré.

Suites éloignées : Décès du malade le 10 juin 1928, deux ans après l'intervention, à l'âge de 86 ans.

OBSERVATION VII

Résumé. — *R...*, épithélioma de la lèvre inférieure. Pas de ganglion perceptible. Exérèse de la lésion primitive (novembre 1926). Pas de curage ganglionnaire. Récidive sous forme d'adénopathie carotidienne et sous-maxillaire (mars 1928). Traitement : radiothérapie (mars 1928). Mort le 9 juillet 1928.

Rof..., âgé de 63 ans, entré dans le service du Professeur Bérard le 20 mars 1928 pour récurrence ganglionnaire consécutive à un épithélioma de la lèvre inférieure.

Antécédents personnels : Marié. 14 enfants, 9 vivants.

Début de l'affection : Présence d'une ulcération labiale au début de novembre 1926 ; intervention : exérèse simple sans curage ganglionnaire. Il y a environ deux mois, une récurrence apparaît sous forme de tuméfaction de la région carotidienne, augmentant progressivement de volume, indolore. Fistulisation et issue d'un liquide sanguinolent et noirâtre.

Maladie actuelle : Pas de douleurs vives, aucune gêne de la mastication, dyspnée par période. Amaigrissement de 25 kgs en 4 ans ; à l'examen, tuméfaction volumineuse des régions carotidienne et sous-maxillaire droites, à limites diffuses, paraissant adhérer à la peau et aux plans profonds, du volume d'une grosse orange. La peau est rouge à son niveau, et présente à la partie antéro-externe une fistule d'où s'écoule un liquide sanguinolent. Petits ganglions le long de la chaîne carotidienne, au-dessous de la tuméfaction principale.

Traitement par rayons X :

21 mars 1928 ;

22 mars 1928 ;

23 mars 1928 ;

24 mars 1928 ;

Total : 30 H.

24 avril 1928 ;

26 avril 1928 ;

Total : 15 H.

Examens ultérieurs : Le 9 mai 1928, régression des lésions. Le 23 mai 1928, amélioration locale certaine. Rétrocession de la masse. Persistance de noyaux indurés dans la région sus-claviculaire.

Suites éloignées : Décès le 9 juillet 1928.

OBSERVATION VIII

Résumé. — *L... Epithélioma baso-cellulaire de la lèvre supérieure. Pas de ganglion perceptible. Exérèse de la lésion initiale en mars 1924. Pas de curage ganglionnaire. Récidive sous forme d'adénopathie génienne et sous-maxillaire (juillet 1926). Traitement : curage sous-maxillaire (août 1926). Radiumthérapie. Mort (janvier 1928).*

Lui..., âgé de 74 ans, entrée le 4 juillet 1926 dans le service du Professeur Bérard pour un ganglion génien ulcéré, consécutif à une épithélioma de la lèvre supérieure.

Antécédents personnels : 7 enfants, tous bien portants.

Début de l'affection : En février 1923, érosion à l'angle droit de la lèvre supérieure.

Intervention : Ablation de la lésion initiale, sans évidemment ganglionnaire.

Maladie actuelle : Lésion génienne, ulcérée ; tuméfaction siégeant près de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur, dure, à peine mobile, s'ulcérant peu à peu. Ganglions sous-maxillaires. Etat général : sénilité.

Intervention : Le 20 juillet, par le Docteur Dunet. On circonscrit la tumeur en passant en tissu sain à environ 1 cm. en dehors de la tuméfaction. En profondeur, on est obligé d'aller jusqu'à la muqueuse buccale, qui est réséquée sur, environ, 2 cm. de long sur 2 cm. de large. Le maxillaire n'est pas envahi ; on se contente de déperioster, ce qui permet de décoller la tumeur en tissu sain. On termine en enlevant en bloc le contenu de la loge sous-maxillaire et les vaisseaux faciaux.

Examen histologique : Epithélioma malpighien du type baso-cellulaire pur. Stroma très restreint.

Traitement complémentaire par le radium : Le 5 août 1926, mise en place d'un masque de cire de 17 tubes de

6,8 Ra éléments. Durée de l'application : 9 jours (Docteur Colombet). (Dose: 240 millicuries détruits.)

Examen ultérieur : Le 8 août 1926, état général assez bon. Pas d'amaigrissement. Bonne cicatrisation.

Suites éloignées : La malade est décédée au mois de janvier 1928, âgée de 76 ans, deux ans après le traitement.

OBSERVATION IX

Résumé. — *D...*, *épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. Pas de ganglion suspect. Exérèse de la lésion primitive (décembre 1926). Ablation d'un volumineux ganglion sous-maxillaire, sans curage systématique. Récidive ganglionnaire sous forme d'adénopathie sous-maxillaire et carotidienne (janvier 1927). Traitement : évidemment sous-mental, sous-maxillaire bilatéral, et carotidien (février 1927). Radiothérapie. Mort (janvier 1928).*

Dar..., âgé de 71 ans, entré dans le service du Professeur Bérard le 26 janvier 1927 pour une adénite sous-maxillaire consécutive à un épithélioma de la lèvre inférieure.

Maladie locale antérieure : Fièvre typhoïde à 23 ans.

Début de l'affection : En décembre 1926, ulcération néoplasique de la lèvre inférieure.

Intervention : Exérèse de la lésion primitive, ablation, en même temps, d'un ganglion sous-maxillaire droit, sans évidemment systématique de la loge sous-maxillaire, le 18 décembre 1926. Récidive quelques mois après, et nouvelle intervention : ablation de la partie récidivante, et d'un ganglion sous-maxillaire droit.

Affection actuelle : Le malade se plaint de douleurs vagues, siégeant sous le maxillaire inférieur. On note, dans la région sous-maxillaire gauche, un ganglion sous l'angle de la mâchoire mobile, du volume d'une noix. Un autre ganglion, de la grosseur d'une mandarine, non adhérent à l'os, peu mobile, allant jusqu'à la région mentonnière. Dans la région sous-maxillaire droite, 3 ganglions mobiles, plus petits. Un ganglion carotidien à droite, derrière l'angle de la mâchoire. Quelques ganglions carotidiens à droite et à gauche. Fine grenaille sus-claviculaire des 2 côtés.

Numération globulaire le 26 janvier 1927 : 4.774.000.
Bon état général.

Du 28 janvier au 1^{er} février 1927, traitement par rayons X. Total : 10 H 1/2' par porte d'entrée (2 portes d'entrée).

Examen ultérieur : A la suite du traitement radiothérapique, la masse ganglionnaire paraît un peu mobilisée.

Intervention : le 3 février 1927 par le Docteur Dunet, curage sous-maxillaire bilatéral, et curage sous-mentonnier effectué par une incision en fer à cheval. A droite, le curage est poussé jusqu'à la carotide ; c'est, d'ailleurs, de ce côté que les ganglions sont le plus développés.

Examen histologique : Ganglions entièrement envahis par un épithélioma spino-cellulaire à globes cornés.

Examens ultérieurs : Le 9 février 1927, état local et général excellent. Cicatrice opératoire en voie de réparation par première intervention. Le 16 mars 1927, cicatrization opératoire effectuée normalement. Empâtement plus que suspect au-dessous de la cicatrice.

Suites proches : Mauvaises ; l'empâtement se généralise et s'étend.

Suites éloignées : Le malade est décédé dans le courant du mois de janvier 1928.

OBSERVATION X

Résumé. — *Ch..., épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure sans ganglion perceptible. Exérèse de la lésion initiale (octobre 1921). Pas de curage ganglionnaire. Récidive sous forme d'adénopathie sous-maxillaire (janvier 1926). Traitement : curage sous-maxillaire. Radiumthérapie en février 1926. Nouvelle récidive sous forme d'adénopathie sous-maxillaire (avril 1926). Intervention (août 1926). Radiumthérapie. Nouvelle récidive. Troisième intervention (mars 1927). Incision sus-claviculaire, et curage des ganglions néoplasiques. Radiothérapie (mars 1927). Mort le 1^{er} juillet 1927.*

Chatt..., âgé de 59 ans, admis au mois de janvier 1926 au centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu de Lyon pour récidive ganglionnaire consécutive à un néoplasme de la lèvre inférieure.

Début de l'affection : En 1912, le malade voit apparaître une « croûte » sur la lèvre inférieure, un peu à gauche de la ligne médiane ; alternatives de cicatrifications et d'ulcérations.

Intervention : En 1921, exérèse de la tumeur labiale par le Docteur B..., de Montélimar, sans ablation ganglionnaire. Récidive de la tumeur initiale en 1922, traitée par des irradiations. En 1924, des douleurs apparaissent dans la branche montante du maxillaire inférieur, douleurs gênant la mastication ; en même temps, une masse apparaît sous le maxillaire inférieur du côté gauche.

Intervention : Extirpation par le Docteur Cadet, de Tournon, de cette masse ganglionnaire.

Suites opératoires : Malgré cette extirpation, le malade s'aperçoit rapidement que son adénopathie prend des proportions de plus en plus vastes.

Affection actuelle : cicatrice au niveau de la lèvre in-

férieure ; gros ganglion sous-maxillaire gauche adhérent à l'os.

Première intervention dans le service du Professeur Bérard, le 26 janvier 1926, par le Docteur Dunet ; ablation d'une volumineuse masse ganglionnaire située dans la loge sous-maxillaire.

Examen histologique : Epithélioma malpighien du type spino-cellulaire, avec de nombreux globes cornés. Les ganglions sous-maxillaires sont envahis, ainsi que la glande elle-même.

Suites opératoires : Normales. Développement d'un hématome assez volumineux. Application de radium le 10 février 1926, 20 tubes de 6,8 Ra éléments, répartis également. Durée : 7 jours. (Dose : 168,2 millicuries détruits.)

Examens ultérieurs : Le 19 février 1926, empâtement encore persistant après l'application de radium.

Le 17 mars 1926, persistance au niveau de la cicatrice opératoire d'une induration profonde, marquée surtout en arrière, qui demande à être surveillée.

Le 21 avril 1926, induration profonde suspecte au niveau de la zone sous-maxillaire.

Le 9 juin 1926, apparence de guérison, cicatrisation souple ; augmentation du poids du malade : 9 kgs.

Le 17 août 1926, excellent état général du malade. Revient pour une deuxième récurrence ganglionnaire le 18 août 1926 : gros ganglion à la base de la gouttière carotidienne, mobile sur les plans profonds.

Deuxième intervention dans le service le 19 août 1926 par le Docteur Duret ; incision rétro-sterno-mastoïdienne ; la masse ganglionnaire qui était apparemment mobile est, en réalité, adhérente aux tissus voisins, en particulier au pneumogastrique et à la jugulaire qu'on résèque en bloc.

Suites opératoires : Plaie en bonne voie de cicatrisation. Bon état général.

Application de radium le 4 septembre 1926 ; application d'un collier de 36 tubes de 50, répartis des 2 côtés sur la région sous-maxillaire, et derrière la branche montante du maxillaire supérieur. Durée : 6 jours. (Dose : 259 millicuries détruits.)

Examens ultérieurs : Le 20 octobre 1926, cicatrice encore un peu déprimée ; un peu d'induration superficielle. Voix bitonale, due à la section du pneumogastrique gauche, qui n'a déterminé aucun accident notable. Paralyse récurrentielle gauche, complète, en position juxta-médiane.

Le 17 novembre 1926, œdème du côté droit, fréquent après l'application du radium.

Le 19 janvier 1927, aucune trace de récidence au niveau de la dernière intervention, mais du côté de la région sous-claviculaire, au delà de la zone explorée, en un point où les ganglions ne paraissent pas suspects, masse du volume d'une noix. Centre fluctuant. Ponction : pas de pus, mais liquide épais.

Biopsie : négative.

Troisième intervention dans le service, le 1^{er} mars 1927, par le Docteur Dunet ; incision sus-claviculaire avec sacrifice de la peau envahie sur une superficie d'une petite paume de main. La masse néoplasique, de la grosseur d'une orange, plonge derrière la clavicule sur une profondeur de 3 à 4 cm. L'intervention est rendue très délicate par la présence de tissus cicatriciels dus à l'intervention précédente, et qui masquent le tiers inférieur de la carotide primitive. Cette dernière doit être littéralement sculptée dans un tissu extrêmement dense, au niveau duquel on est obligé de passer pour ne pas pénétrer à l'intérieur de la masse néoplasique rétro-carotidienne et rétro-claviculaire ; il existe, dans toute cette région, une grosse circulation complémentaire qui oblige à une hémostase soigneuse.

L'ablation de la masse néoplasique a pu être réalisée sans effraction.

On termine l'opération en suturant aux crins les bords de la perte de substance, qui a été réduite à la largeur d'une pièce de 2 cm. environ, directement avec les muscles scalènes, de façon à recouvrir la carotide primitive par un véritable pont de peau.

L'intervention a duré une heure.

Traitement par les rayons X :

Le 12 mars 1927, clavicule, 1.000 R ;

Le 14 mars 1927, clavicule, 2.000 R ;

Le 15 mars 1927, épaule, 1.000 R ;

Le 16 mars 1927, épaule, 1.000 R ;

Le 17 mars 1927, épaule, 1.000 R ;

Le 18 mars 1927, épaule, 2.000 R. ;

Examens ultérieurs : Le 18 mai 1927, état local satisfaisant. Un peu d'induration de la profondeur. Paralyse recurrentielle gauche, complète, mais compensation bien faite par la corde droite. Voix assez bonne, légèrement bitonale.

Suites opératoires proches : Normales ; le malade rentre chez lui ; guérison apparente.

Suites éloignées : Le malade contracte une broncho-pneumonie en juin 1927, et meurt le 1^{er} juillet 1927.

OBSERVATION XI

Résumé. — *S...*, épithélioma de la lèvre inférieure. Exérèse de la lésion initiale (janvier 1926). Pas de curage ganglionnaire. Récidive sous forme d'adénopathie sous-mentale et sous-maxillaire (22 novembre 1927). Vu l'étendue des lésions, le malade quitte le service, avec un traitement médical.

St..., âgé de 55 ans, entré le 22 novembre 1927 dans le service du Professeur Bérard pour une récurrence ganglionnaire consécutive à une épithélioma de la lèvre inférieure.

Début de l'affection : il y a 1 an environ, présence d'un petit « bouton » ulcéré au niveau de la lèvre inférieure.

Intervention : Au mois de janvier 1926, à Saint-Etienne, exérèse de l'ulcération sans ablation ganglionnaire.

Affection actuelle : Au niveau des lèvres, du côté droit, ulcération néoplasique ayant l'aspect d'un cratère, à bords déchiquetés et surélevés, se continuant dans la cavité buccale. Au niveau du maxillaire inférieur, tuméfaction surtout marquée à la partie inférieure de la région sous-maxillaire droite. Elle est assez régulière, et la peau est normale. Cette tumeur suit les mouvements du maxillaire inférieur, ne se mobilise pas sur les plans profonds ; consistance dure.

Bon état général.

Réaction de Bordet-Wassermann légèrement positive.

L'étendue des lésions muqueuses et osseuses contre-indique tout traitement chirurgical et toute thérapeutique par les agents physiques.

Le malade quitte le service avec un traitement médical.

OBSERVATION XII

Résumé. — P..., épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. Ganglions sans caractère néoplasique. Traitement par les rayons X de la lésion initiale (juin 1926). Pas de curage ganglionnaire. Récurrence sous forme d'adénopathie sous-maxillaire et carotidienne (août 1927). Traitement : curage sous-maxillaire et carotidien (août 1927). Deux ans après, nouvelles satisfaisantes du malade.

P... D..., âgé de 56 ans, entré le 17 août 1927 dans le service du Professeur Bérard, pour récédive ganglionnaire consécutive à un épithélioma de la lèvre inférieure.

Début de la maladie : Il y a 10 mois, petite ulcération de la partie médiane de la lèvre inférieure. Traitement par les rayons X ; pas de curage ganglionnaire, le malade refusant l'intervention. Traitement par des piqûres de néosalvarsan dans le service du Professeur Nicolas.

Affection actuelle : Grosse adénopathie sous-maxillaire gauche adhérente à l'os ; croissance en 3 semaines ; masse fluctuante nette au point décline. A droite, petit noyau comme une bille faisant corps avec la glande sous-maxillaire, fixé à la peau. Ganglions carotidiens. Légère cicatrice au niveau de la lèvre inférieure. Petit ganglion dans le creux axillaire gauche. Réaction de B.-Wassermann : négative.

Ponction du ganglion : la culture du liquide donne du staphylocoque après 24 heures.

Intervention le 20 août 1927 ; anesthésie générale à l'éther (Docteur Mallet-Guy). Extirpation des deux masses ganglionnaires sous-maxillaires ainsi que des deux ventres des muscles digastriques, plus une partie de mylohyoïdien. A gauche, intervention laborieuse, car la masse ganglionnaire est adhérente en particulier à la face interne du maxillaire, dont on est obligé de réséquer la plus grande partie du bord inférieur ; la masse se prolonge encore à la face externe du maxillaire, dans la région génienne, où elle est poursuivie, enfin, au niveau du confluent carotidien, mis à jour, puis nettoyé. A droite, opération très simple, le paquet ganglionnaire n'étant pas adhérent. Là encore, petits ganglions au confluent carotidien. D'un côté comme de l'autre, les masses ganglionnaires contiennent un liquide kystique.

Examen histologique : fibres musculaires en voie de destruction au milieu de lésions inflammatoires. Par places, on trouve des nodules inflammatoires, avec des

cellules géantes ; trainées d'éléments néoplasiques à caractères spino-cellulaires avec globes cornés.

Examen ultérieur : Après l'intervention, le malade quitte le service, en apparence guéri. Bonne cicatrisation ; pas de tissus indurés ; aucune adénopathie.

Suites : Le malade donne de ses nouvelles deux ans après son opération, et semble être dans un bon état général et local.

OBSERVATION XIII

Résumé. — *M...*, épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure, sans ganglion perceptible. Exérèse de la lésion initiale (février 1927). Pas de curage ganglionnaire. Récidive sous forme d'adénopathie sous-maxillaire (décembre 1928). Traitement : curage sous-maxillaire. Vérification du confluent carotidien (février 1929). Mort le 5 septembre 1929.

Mol..., âgé de 65 ans, entré dans le service du Professeur Bérard pour récidive ganglionnaire sous-maxillaire droite consécutive à un néoplasme de la lèvre inférieure.

Début de l'affection : Il y a 20 mois environ, ulcération de la taille d'une tête d'épingle siégeant au niveau de la lèvre inférieure.

Intervention : Exérèse de la lésion primitive sans ablation ganglionnaire.

Suites opératoires : 3 mois après, le malade remarque la présence d'une grosseur du volume d'une noisette, dure, indolore, avec de l'œdème tout autour.

Maladie actuelle : Bonne cicatrisation au niveau de la lèvre inférieure ; bon état général. Présence d'une tuméfaction du volume d'une mandarine, siégeant sous le rebord droit du maxillaire inférieur, qui semble se continuer en avant et en arrière avec le bord de l'os ; adhé-

rence complète au plan osseux. Adénopathie bloquée métastatique.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

Intervention : Le 22 février 1929, par le Docteur Creysel; anesthésie loco-régionale. Incision sous-maxillaire, circonscrivant en avant la partie de la tumeur adhérente à l'os ; dissection de haut en bas de la coulée lymphatique qui se poursuit le long de l'artère faciale vers les ganglions géniens ; dissection du contenu de la loge sous-maxillaire. Ligature de l'artère faciale au ras de la carotide. Vérification du confluent carotidien, où l'on enlève un ganglion mou.

Examen histologique : Epithélioma malpighien spino-cellulaire.

Examens ultérieurs : Le 6 février 1929, cicatrisation opératoire obtenue, mais reste d'inflammation, et collection suppurée au niveau des ganglions enlevés.

Application, le 22 février 1929, d'un masque de 15 tubes de 100, et 4 tubes de 50, à la périphérie ; et de 36 tubes de 50 au centre. (Dose : 425 millicuries détruits.)

Le 21 juin 1929, petite ulcération au niveau de la lèvre supérieure dont le début remonte à 3 semaines. Ulcération siégeant sur la muqueuse labiale, vers la partie centrale de la lèvre, recouverte d'une croûte noirâtre au niveau du 2/3 gauche de la lèvre, qui est nettement infiltrée, et dure au toucher.

Petits ganglions sous-maxillaires à gauche.

Application de radium le 22 juin 1929 : 8 tubes de 50. (Dose : 38,4 millicuries détruits.)

Suites : Le malade meurt le 5 septembre 1929, trois mois après la deuxième intervention.

OBSERVATION XIV

Résumé. — N..., épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. Sans ganglion perceptible. Traitement radiothérapique sur la lésion labiale (mars 1923) ; pas de résultat. Exérèse de la lésion initiale (juillet 1923). Pas de curage ganglionnaire. Récidive sous forme d'adénopathie sous-maxillaire et sous-mentale (septembre 1927). Traitement : curage ganglionnaire sus-hyoïdien et sous-maxillaire (septembre 1927). Radiumthérapie. Guérison maintenue (1930).

Nav..., âgé de 57 ans, admis le 25 septembre 1927 au centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu de Lyon pour récurrence ganglionnaire et récurrence de la lésion initiale.

Antécédents héréditaires : Père mort d'un cancer à l'estomac à l'âge de 33 ans.

Début de l'affection : En 1923, petit « bouton » sur la lèvre supérieure, consécutif, dit le malade, à une piqure ; tendance térébrante de cette ulcération qui creusait à l'intérieur de la lèvre supérieure.

Traitement radiothérapique sur la lésion labiale ; pas de résultats.

Intervention par le Docteur Beit qui pratique, en juillet 1923, l'ablation de l'ulcération, sans curage ganglionnaire.

Suites opératoires : Guérison apparente pendant 4 ans.

Affection actuelle : Lèvre œdémateuse, pas de traces d'ulcération, nécrose du côté muqueux. Envahissement des 2 loges sous-maxillaires par des ganglions, ainsi que la région sus-hyoïdienne.

Intervention le 26 septembre 1927 par le Professeur Bérard, qui pratique l'évidement ganglionnaire sous-maxillaire bilatéral, et sus-hyoïdien.

Mise en place de 8 aiguilles de radium de 10, pendant

8 jours. (Dose : 15,3 millicuries détruits.) Auparavant, on avait fait au malade un traitement par le radium :

28 juin 1927 : mise en place de 6 aiguilles de 20. (Dose : 12,4 millicuries détruits).

2 juillet 1927 : application de 2 tubes en surface, 1 de 50, 1 de 100.

Examen histologique : Epithélioma malpighien du type spino-cellulaire sans globes cornés, avec de nombreuses cellules en kératinisation.

Suites opératoires proches : Très satisfaisantes.

Suites opératoires éloignées : Le 4 juin 1930, le malade se présente dans le service avec un excellent état général et local. Un peu de dépigmentation. Le 16 juillet 1930, très bon état ; le malade paraît guéri.

OBSERVATION XV

Résumé. — *Ne... épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure sans ganglion perceptible. Exérèse de la lésion initiale le 24 février 1925. Pas de curage ganglionnaire. Récidive sous forme d'adénopathie sous-maxillaire (novembre 1926). Traitement : évidemment des ganglions sous-maxillaire et sous-mentaux (décembre 1926). Récidive. Intervention (mai 1927). Os maxillaire inférieur envahi. Résection. Mort le 26 avril 1927.*

Neb..., âgé de 72 ans, entré le 12 novembre 1926 dans le service du Professeur Bérard pour récurrence ganglionnaire consécutive à un néoplasme de la lèvre inférieure.

Début de l'affection : Petite érosion au niveau de la lèvre inférieure. Traitement par séries de pommades, et sirop de Gibert. Augmentation de volume de l'ulcération atteignant une pièce de 50 centimes. Pas d'adénopathie perceptible.

Intervention le 24 février 1925 ; exérèse en V de l'ulcération ; suture profonde et cutanée aux crins.

Examen histologique : De très nombreuses coupes montrent l'existence de la lésion primitive ; adénopathie localisée aux loges sous-maxillaires.

Intervention le 2 décembre 1926 par le Docteur Dunet. Evidement ganglionnaire en bloc, en allant de droite à gauche, de la région sous-maxillaire droite, sous-mentale droite, et gauche. La région médiane du maxillaire, à laquelle adhérerait un gros ganglion du volume d'une petite noix, est réséquée au niveau de sa corticale sur, environ, 2 cm. de hauteur sur 4 cm. de largeur .

Examen histologique : Ganglions complètement envahis par des îlots épithéliomateux du type malpighien spino-cellulaire.

Examens ultérieurs : Le 24 mars 1927, douleurs vives dans la mâchoire, masse indurée adhérente au niveau de la cicatrice sous-maxillaire. Le 6 avril 1927 : suites opératoires bonnes. Appareil placé en bonne position.

Deuxième intervention le 24 mai 1927. Ablation d'une grosse récidive sous-maxillaire adhérente à l'os. Fracture spontanée du maxillaire envahi par le néoplasme sur toute la longueur de la branche horizontale droite. Résection. Suture en 2 plans, muqueuse buccale, et plans cutanés. Tamponnement.

Examens ultérieurs : Le 20 avril 1927, induration suspecte dans la région opérée.

Suites opératoires : Le malade est décédé le 26 avril 1927.

OBSERVATION XVI

Résumé. — V..., *épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure sans ganglion perceptible. Exérèse de la lésion initiale (janvier 1927). Pas de curage ganglion-*

naire. Récidive sous forme d'adénophaie sous-mentale, récidive de la lésion primitive (septembre 1927). Traitement : ablation de ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires. Radiothérapie (septembre 1927). Guérison maintenue (mars 1929).

Val..., âgé de 43 ans, entré le 7 septembre 1927 dans le service du Professeur Bérard pour récidive ganglionnaire et récidive de la lésion labiale.

Début de l'affection : En juin 1926, petite ulcération sur la moitié droite de la lèvre inférieure à la suite, dit le malade, d'une piqûre par une pointe rouillée.

Intervention en janvier 1927. Ablation de la lésion ulcérée sans curage ganglionnaire.

Suites opératoires : Cicatrisation apparente jusqu'en juillet ; depuis lors, l'ulcération récidive et gagne le côté gauche de la lèvre inférieure.

Affection actuelle : Ulcération de la lèvre inférieure partant de la commissure droite avec induration s'étendant jusqu'à la commissure gauche avec des points plus ou moins ulcérés. Du côté droit, au niveau de la récidive, l'ulcération est plus profonde et gagne la muqueuse du maxillaire qui est cependant indemne.

Pas d'envahissement des ganglions sous-maxillaires, ganglions sus-hyoïdiens médians.

Intervention le 15 septembre 1927. Curage ganglionnaire des 2 loges sous-maxillaires, et ablation des ganglions sous-mentaux médians. L'exploration des régions carotidiennes ne montre aucun ganglion perceptible.

Examen histologique : Les ganglions ne présentent aucun signe d'envahissement néoplasique. Les centres germinatifs sont parfaitement visibles. Dilatation très marquée des sinus lymphatiques, et léger état inflammatoire.

Suites opératoires : Le 21 septembre, bon aspect de la région opérée.

Traitement radiothérapique : Rayons X sur la lésion primitive :

Le 23 septembre 1927, Feu nu 25 H. (Docteur Novel) ;

Le 26 septembre 1927, Feu nu 25 H.

Examen histologique : Biopsie de la lèvre, Epithélioma malpighien spino-cellulaire.

Suites éloignées : Le 16 février 1928, bon état général et local. Pas d'adénopathie. Cicatrice en bonne voie de guérison. En 1929, au mois de mars, le malade est toujours dans un état satisfaisant.

CHAPITRE II

Rappel des conditions étiologiques et pathogéniques des récidives ganglionnaires

La connaissance des récidives ganglionnaires dans le cancer des lèvres, après l'exérèse exclusive de la lésion initiale, est d'ordre banal. La majorité des chirurgiens ont constaté ce fait. Dupuytren, dans sa thèse de 1861, écrit : « On a beau enlever la tumeur, on n'enlèvera jamais cette force pathologique, cause cachée et primordiale de l'affection, et, alors, la récidive aura lieu. »

Vallas, au sujet d'une communication à la Société de Chirurgie de Lyon, insiste aussi sur la présence de ces récidives consécutives aux cancroïdes des lèvres, lorsque ces derniers sont traités exclusivement par l'ablation chirurgicale. « Malheureusement, beaucoup de malades sont opérés sans dissection des territoires ganglionnaires. Alors, la récidive est fa-

tale, et c'est sur eux que l'on est obligé de faire ces grands délabrements avec résection du maxillaire inférieur... »

Morestin, au Congrès de Chirurgie de 1903, recommande vivement de pratiquer cette éradication ganglionnaire. Car l'on voit souvent des récurrences imméritées dues à ce que les ganglions n'avaient pas été extirpés : « Ces cas, dit-il, sont communs ; ils le sont au point de causer de l'étonnement, car il faut admettre devant leur répétition que les chirurgiens ne sont pas assez avertis de la nécessité de cette éradication ganglionnaire, et vivent sur la légende au sujet de la malignité relative du cancer labial. En vérité, le cancer des lèvres n'est pas encore assez mal famé... ».

Mais, si tous les auteurs sont d'accord sur l'existence des récurrences ganglionnaires, il est beaucoup plus difficile de préciser leur fréquence et leurs conditions étiologiques exactes. Or, c'est justement de la connaissance précise de ces conditions que dépendrait une formule thérapeutique certaine. Malheureusement, il n'existe aucun accord, à ce point de vue, entre les auteurs, et les statistiques établies sur ce point sont contradictoires.

Il est impossible de donner des chiffres précis sur la fréquence de ces récurrences, car un grand nombre de malades ne sont pas revus, les uns parce qu'ils n'ont pas eu de récurrences, les autres parce qu'ils sont morts de leur récurrence sans être venus consulter à nouveau un chirurgien, découragés par l'échec du premier traitement ; d'ailleurs, le plus souvent, c'est un autre médecin que celui qui a traité la lésion initiale qui

est appelé à traiter la récurrence. C'est seulement dans certains centres anticancéreux, où des séries assez nombreuses de malades ont été soumises à une même thérapeutique, et suivies ultérieurement de près, qu'on peut avoir une idée de cette fréquence, et la comparer à la fréquence des récurrences vraies après curage ganglionnaire. Sur 76 cas d'épithélioma épidermoïde des lèvres traités à l'institut du Radium, dans le service du Professeur Regaud, et guéris de la lésion labiale, 17 sont morts ou présumés devoir mourir d'une adénopathie cancéreuse.

Or, sur 60 de ces malades qui n'avaient pas subi de traitement chirurgical au niveau des ganglions — (certains avaient été irradiés) — 12 sont morts d'adénopathie (20 %) ; sur 16 qui ont eu les lésions ganglionnaires opérées, 5 sont morts (30 %) qui présentaient tous des ganglions histologiquement néoplasiques.

Il semblerait donc, d'après cette statistique, que la récurrence est plus fréquente après l'intervention qu'après l'abstention ; mais il est bien évident que les cas opérés sont ceux qui portaient des lésions ganglionnaires avancées (puisque dans 10 cas sur 16, les ganglions ont été reconnus néoplasiques par l'examen histologique) et ne sauraient être comparés aux 60 autres cas, dont 12 n'avaient aucun ganglion perceptible.

BREWERS, en réunissant 5 statistiques de cancers des lèvres traités, y compris la sienne, trouve, sur plusieurs centaines de cas, 66 % de guérisons dans les cas où l'exérèse de la localisation labiale a été faite

sans intervention sur les territoires ganglionnaires, et 92 % dans les cas où on a pratiqué systématiquement le curage. Beckmann (1913) apporte les résultats suivants dans lesquels il s'agit de guérison durant depuis au moins 5 ans : résection simple de la tumeur primitive, 73,3 % de guérisons ; curage systématique des régions ganglionnaires, 83,8 % de guérisons. La statistique de Bloodgood (1914) portant sur 200 cas opérés à l'hôpital « John Hopkins » accuse des chiffres sensiblement analogues. Cet auteur obtient une proportion de guérisons de 63 % pour les malades de la première série, et de 95 % pour les malades de la seconde série.

Il est donc fort probable que les récurrences ganglionnaires ont été sensiblement moins fréquentes après curage ganglionnaire que dans les cas où ce curage n'a pas été pratiqué.

Cependant, il faut noter que l'on n'a aucun chiffre précis à ce point de vue.

Il semblerait, néanmoins, ressortir des statistiques du Professeur Regaud que dans les cas où il n'y avait pas de ganglion suspect perceptible lors du premier traitement, il n'y a pas eu de récurrence ganglionnaire.

C'est sur ce point de vue que nos constatations diffèrent des siennes. En effet, sur les observations des 16 malades traités au centre anticancéreux de Lyon pour récurrence ganglionnaire, nous trouvons noté, de façon expresse : « Pas de ganglion suspect perceptible au premier examen lors du traitement de la lésion initiale », et sur ces 16 cas observés et suivis par nous, 13 malades ne présentaient aucune adéno-

pathie lors de la recherche clinique des ganglions. En face de ces 16 cas, nous ne trouvons que 3 cas d'observations de malades où le traitement initial ayant été limité à la lésion labiale, la guérison a persisté après 3 ans.

Par conséquent, il semblerait que la proportion des récidives soit de 16 sur 19, soit des $4/5$. En réalité, ce chiffre est évidemment trop fort, parce que les mauvais cas sont revus à la consultation des centres anticancéreux plus souvent que les cas favorables. Il n'en reste pas moins que cette forte proportion d'échecs est à retenir.

Cole (1920) étudiant 77 cas réunis par Rowntree, fait des constatations identiques aux nôtres, dans 70 cas où les ganglions ne furent pas traités, il observa la récurrence 20 fois dans la lèvre et les ganglions et 30 fois dans les ganglions sous-maxillaires seuls (80 %).

Les récidives ganglionnaires sont-elles plus fréquentes et plus graves dans certaines formes, et après certains modes de traitement ?

Il semble que les cancers de la commissure donnent naissance à des adénopathies d'une gravité toute spéciale. Morestin y insistait à juste titre : « Le champ de diffusion lymphatique, dans ce cas, est toujours beaucoup plus vaste qu'on ne pourrait le supposer, et dans un cancer un peu étendu, les ganglions sous-maxillaires du côté correspondant sont pour ainsi dire fatalement envahis, de même que les ganglions carotidiens. Très fréquemment aussi, la propagation s'effectue aux ganglions sus-hyoïdiens médians et aux ganglions sous-maxillaires du côté opposé.

J'ai vu, dans ce cas, des ganglions atteints dans la région parotidienne, à la partie inférieure de la région carotidienne, et même dans le creux sus-claviculaire. »

On sait aussi que la récurrence est plus fréquente dans les cancers d'origine épidermique à évolution épidermoïde (c'est-à-dire présentant, à l'état d'ébauche ou bien plus ou moins au complet, les évolutions cellulaires caractéristiques de l'épiderme cutané ou muqueux) en opposition avec les épithéliomas non épidermoïdes tels que certains cancers de la lèvre supérieure. Dans la presque totalité des cas de cancroïde des lèvres, nous avons à faire à des épithéliomas d'origine épidermique, et chacune n'ignore pas que l'invasion des ganglions est très commune dans cette espèce de cancer, avec des différences minimes et mal liées aux variétés histologiques, et des différences beaucoup plus importantes et bien connues dépendant de la localisation et de la forme anatomo-clinique. Quelques auteurs ont insisté sur la fréquence plus grande des récurrences après un traitement local par les radiations. Pour eux l'exérèse chirurgicale serait une garantie bien meilleure. Dans certains cas, en effet, le traitement semble donner un coup de fouet à la lésion ganglionnaire, et, chose remarquable, cette éventualité se produit souvent à la suite du traitement radiumthérapique ou radiothérapique, où ces récurrences sont une des causes les plus importantes d'insuccès ; malheureusement, on ne connaît pas grand'chose sur le mécanisme de leur production. Proust a l'impression que les doses trop faibles de

rayonnement agissent comme excitatrices de la prolifération des nids de cellules cancéreuses incluses dans les ganglions, et non détruites. Wicklam et Degrais signalent 2 cas d'épithéliomas spino-cellulaires qui ont régressé, et n'ont pas eu de récurrence au bout de 2 ans après traitement faiblement filtré. « Personnellement, ajoute Degrais, je crois que les ensemencements ganglionnaires sont plus fréquents depuis l'emploi de la radionucléaire avec rayonnement fortement filtré. » On voit donc qu'on ne peut pas être affirmatif à ce sujet, car rien de bien précis n'a été écrit.

D'après nos statistiques du centre anticancéreux de Lyon, et d'après nos 16 observations de malades qui s'étaient présentés à nous avec des adénopathies néoplasiques consécutives à un épithélioma labial, nous avons rencontré un pourcentage plus élevé de cas de récurrences à la suite du seul traitement chirurgical de la lésion initiale ; en effet, sur 16 cas de récurrences ganglionnaires observés, 13 de nos malades avaient eu la lésion primitive uniquement traitée par l'exérèse chirurgicale.

L'étude de nos 16 observations nous a permis de faire les constatations suivantes :

Age : Nous avons remarqué ces récurrences ganglionnaires chez des sujets ayant, la plupart, dépassé la cinquantaine. Deux seulement étaient âgés de moins de 50 ans. Cette constatation est en accord avec l'âge habituel des porteurs de cancers des lèvres.

Sexe : Presque tous étaient des hommes (une femme seulement sur 16 sujets). Cela s'explique par la fré-

quence des cancers des lèvres plus grande dans le sexe masculin que dans l'autre sexe où, lorsqu'ils sont observés, ils siègent le plus souvent au niveau de la lèvre supérieure.

Variété histologique : On a presque toujours à faire à des épithéliomas rentrant dans la catégorie des épithéliomas spino-cellulaires avec la présence de nombreux globes cornés. Quelquefois, on rencontre la signature baso-cellulaire, mais il est plus fréquent d'observer, dans ces récidives ganglionnaires, des épithéliomas mixtes baso et spino-cellulaires.

Il est donc très malaisé de déterminer les conditions exactes dans lesquelles l'ablation d'un cancer de la lèvre sera suivie de récidive ganglionnaire ; on peut cependant dire, avec Regaud, que « d'une manière générale (et mises à part des exceptions qui sont d'ailleurs loin d'être rares), quel que soit le siège initial, l'adénopathie est d'autant plus fréquente qu'on considère des cas dont le cancer primaire est plus avancé ». Il n'existe d'ailleurs aucune constatation clinique, ni aucune constatation opératoire, capable d'affirmer qu'il n'y aura jamais d'évolution dans les ganglions cervicaux.

En réalité, c'est une loi de pathologie générale que se fonde essentiellement la pathogénie de ces récidives : tout cancer épidermoïde tend à envahir, plus ou moins vite, les territoires ganglionnaires correspondants, et l'on ne voit pas pourquoi, malgré leur malignité incontestablement souvent inférieure, il en serait autrement dans les cancers des lèvres que dans les cancers de la langue. Il existe, en effet, un vaste

territoire lymphatique, susceptible d'être menacé par l'extension du cancer labial, et de donner lieu à la récurrence qui, ainsi que l'écrivait Lortet en 1861, est pour le cancroïde de la lèvre « le véritable criterium de la malignité ».

Il est donc nécessaire de tracer un bref rappel de ce réseau lymphatique, afin d'expliquer le siège et les formes que revêtent les récurrences ganglionnaires.

APERÇU ANATOMIQUE DES LYMPHATIQUES DES LÈVRES ET DES GANGLIONS ENVAHIS AU COURS DU CANCER LABIAL

Les vaisseaux lymphatiques des lèvres naissent de deux réseaux, l'un cutané, l'autre muqueux, en continuité l'un avec l'autre au niveau du bord libre. De ces deux réseaux, partent les troncs collecteurs qui reçoivent, chemin faisant, les vaisseaux lymphatiques beaucoup moins développés de la tunique musculaire.

Au niveau de la lèvre supérieure, il existe de chaque côté deux collecteurs sous-muqueux, et deux ou trois collecteurs sous-cutanés. Tous se rendent aux ganglions sous-maxillaires, et, plus spécialement à un ganglion moyen, placé au niveau du point où l'artère faciale croise le bord inférieur du maxillaire. Un de ces collecteurs peut s'ouvrir dans un des troncs émanés de la lèvre inférieure, ou aller se jeter dans des ganglions placés autour de la jugulaire externe à sa sortie de la parotide (Dorendorf) ou, même, gagner les ganglions sous-mentaux.

Au niveau de la lèvre inférieure, les vaisseaux sous-

cutanés sont au nombre de deux à quatre de chaque côté ; un ou deux vaisseaux, nés au voisinage de la ligne médiane, se trouvent dans le plan antérieur des ganglions sous-maxillaires.

Les troncs issus de la partie moyenne de la lèvre vont aboutir aux ganglions sous-mentaux. Ceux nés au voisinage de la commissure gagnent les ganglions antérieur et moyen du groupe sous-maxillaire. Les vaisseaux sous-muqueux, au nombre de deux ou trois pour chaque moitié de la lèvre, se portent en bas et en dehors, vont s'accoler à l'artère faciale, et se jettent dans les ganglions sous-maxillaires. Comme l'a depuis longtemps remarqué Sappey, il est exceptionnel de voir un de ces vaisseaux aboutir aux ganglions sous-mentaux.

En résumé, les ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux représentent le premier relai ganglionnaire des lymphatiques des lèvres ; ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on peut voir un des vaisseaux brûler cette première étape, et gagner directement les ganglions cervicaux. Dorendorf a signalé un exemple de cette disposition.

Les collecteurs de la lèvre supérieure ne présentent pas d'entre-croisement, et ne s'anastomosent pas entre eux. Il en est de même des collecteurs sous-muqueux de la lèvre inférieure. Par contre, les troncs sous-cutanés droits et gauches de cette lèvre s'entre-croisent fréquemment sur la ligne médiane, ou présentent des anastomoses qui sont l'équivalent pratique d'un entre-croisement. Dans le cas de cancer de la lèvre inférieure, il faudra donc regarder comme

suspects les ganglions sous-mentaux et les ganglions sous-maxillaires des deux côtés.

Dans quelles proportions les ganglions sont-ils envahis ?

Les statistiques insistent toutes sur la fréquence des adénopathies sous-maxillaires et sus-hyoïdiennes. D'après Quick, 69 malades sur 148 (45,8 %) étaient porteurs d'adénopathies.

Sur les 96 malades étudiés par Ribeira y Sans, 37 étaient porteurs d'adénopathies sous-maxillaires.

Dans 40 cas sur 53 observations de cancers de lèvres étudiées à l'institut du radium à Paris (75 %), les ganglions sous-maxillaires étaient atteints, soit seuls (15 cas, 28 %), soit concurremment avec un autre groupe ganglionnaire (25 cas, 47 %). Les ganglions sus-hyoïdiens étaient pris dans 9 cas (16 %) ; les ganglions carotidiens dans 3 cas (5 %) ; les ganglions parotidiens dans 2 cas (3 %).

La bilatéralité des adénopathies a été observée dans 18 observations, et peut être résumée de la façon suivante :

Adénopathies sous-maxillaires bilatérales : 11 cas.

Adénopathies sous-maxillaires bilatérales et sus-hyoïdiennes : 5 cas.

Adénopathies sous-maxillaires bilatérales et carotidiennes : 2 cas.

D'après nos statistiques du centre anticancéreux de Lyon, nous arrivons à une même proportion de localisation ganglionnaire, sauf en ce qui concerne les adénopathies carotidiennes. C'est ainsi que nous avons observé la fréquence plus grande des ganglions

carotidiens. Sur 65 observations de cancers des lèvres, nous avons noté dans 13 cas la présence des ganglions carotidiens, et, dans tous ces 13 cas, la vérification du confluent carotidien nous a montré dans 3 cas des ganglions reconnus néoplasiques par l'examen histologique. Nous avons observé aussi chez deux malades, qui présentaient un cancer de la commissure, des ganglions géniens le long de la faciale.

De cet exposé anatomique des lymphatiques et des territoires ganglionnaires de la région des lèvres, il résulte qu'il est naturel d'observer, suivant les lois générales des épithéliomas cutanéomuqueux, un envahissement précoce des régions ganglionnaires ; chacun sait, en effet, que les cancers des lèvres ont, en ce qui concerne la précocité de l'invasion des ganglions lymphatiques, une malignité bien plus grande que les cancers du même type siégeant dans la peau de la face. Il est bien connu que ces différences d'allure dépendent en grande partie de la richesse des réseaux lymphatiques. C'est pourquoi nous concluons qu'il est aussi naturel de rencontrer des récives à ce niveau lorsque ces gîtes ganglionnaires et ces voies lymphatiques n'auront pas été détruites chirurgicalement ou par une autre thérapeutique, et nous approuvons les craintes qu'avaient Polosson lorsqu'il disait dans ses cliniques professées à l'Hôpital de la Croix-Rousse et à l'Hôtel-Dieu de Lyon : « Opérez le plus tôt possible, moins pour la tumeur dont les progrès pourraient encore être enrayés plus tard au prix d'une large perte de substance, que pour les ganglions encore sains qui seront pris aujourd'hui, demain ; ce qui as-

sombrira de beaucoup le pronostic de l'affection. Ne donnez pas de longs répit, des répit de plusieurs semaines. Ne dites pas : « L'opération est nécessaire, « mais vous avez du temps. » Pour ma part, je dormirais mal si, ayant reconnu un soir sur ma lèvre la présence d'un épithélioma, je sentais suspendue sur moi, pendant quelques heures, l'épée de Damoclès de l'émigration d'une cellule cancéreuse. »

CHAPITRE III

Formes anatomo-cliniques des récidives ganglionnaires

Les récidives ganglionnaires, après traitement limité à la lésion initiale, se présentent en clinique sous des aspects assez variés. Nous allons étudier, dans ce chapitre, les formes anatomo-cliniques principales que revêtent les récidives ganglionnaires consécutives au cancer des lèvres.

I. — FORME ADÉNOPATHIE SOUS-MAXILLAIRE

Le type le plus banal, celui qu'on observe le plus communément, est l'adénopathie sous-maxillaire unilatérale ou bilatérale, et il se présente à nous sous plusieurs aspects suivant le degré d'évolution des lésions.

C'est ainsi que nous distinguerons :

1° *La forme sous-maxillaire, à petits ganglions durs et multiples.* En règle générale, cette forme

d'adénopathie est favorable, et ressemble sur bien des points à celle observée le plus fréquemment dans les cancers dont la lésion primitive n'a pas encore été traitée, et qui s'accompagnent d'adénopathie.

En examinant attentivement les régions sous-maxillaires, on remarque la présence de quelques ganglions de volume modéré ; ils sont ligneux, et tantôt ils donnent la sensation d'un pois roulant sous le doigt qui les touche, tantôt d'un haricot, tantôt enfin d'une noisette. Les ganglions ne sont généralement pas, dans ce cas, le siège de réaction inflammatoire et ne sont pas douloureux.

Mais il faut savoir que, la plupart du temps, ils dépassent les limites paraissant cliniquement envahies ; c'est ainsi qu'on rencontre souvent, en même temps, un ou plusieurs ganglions au niveau de la bifurcation carotidienne, alors même que ces ganglions n'étaient pas perceptibles à l'examen. Enfin, presque toujours, il existe en même temps quelques petits ganglions sous-mentaux, sauf dans les formes très latérales.

2° *Forme d'adénopathie sous-maxillaire à ganglions fusionnés et fixés.* Elle n'est que le premier type évolué ; en effet, à une période plus éloignée, les ganglions se fusionnent par leurs bords, et arrivent à former ces masses dures, compactes et volumineuses, que l'on sent sous le bord inférieur de l'os maxillaire, et qui, parfois, adhèrent au périoste et à l'os d'une façon si intime que la résection de l'os s'impose si l'on veut faire une utile intervention. On a l'impression d'une grosse tumeur sous-maxillaire adhérente à la peau, qui est plus ou moins atteinte sans jamais être ulcé-

rée ; souvent ces ganglions sont ramollis en leur centre, ils sont caséux, et peuvent être pris pour des ganglions tuberculeux si l'on méconnaît la lésion initiale, et si, après biopsie, un examen histologique ne vient pas en indiquer la nature néoplasique. Là aussi,



FIG. 1. - Récidive ganglionnaire ulcérée
(forme sous maxillaire)

on rencontre çà et là des petits ganglions au delà des limites de la tumeur principale. Fréquemment, on perçoit notamment des ganglions dans la bifurcation

carotidienne. Dans cette forme, alors que dans la précédente il n'existait pas de signes fonctionnels, on peut voir apparaître quelques douleurs irradiées au niveau de la nuque ou de l'oreille, un peu de gêne des mouvements de mastication. En outre, l'état général est souvent déjà atteint, traduisant un degré d'évolution beaucoup plus marqué des lésions néoplasiques. Mais, il peut arriver que, même avec une lésion locale plus évoluée encore, l'état général reste parfait ; il n'existe aucun trouble fonctionnel, et c'est ainsi que certains malades insouciants laissent évoluer une lésion purement locale jusqu'au stade d'infection et d'ulcération.

3° *Forme d'adénopathie sous-maxillaire pseudo-inflammatoire.* Beaucoup moins fréquente que les deux précédentes, cette dernière a une allure aiguë ou subaiguë, et simule parfois un véritable adénophlegmon. C'est une polyadénite avec fusion des éléments ganglionnaires, de la glande sous-maxillaire et du tissu cellulaire sous-cutané, accompagnée d'œdème diffus. La peau est rouge, tuméfiée, chaude et douloureuse ; les ganglions volumineux et œdématisés ; la suppuration semble imminente, mais très souvent il ne s'agit que d'une apparence, et la ponction ne retire que du sang. D'autres fois, au contraire, les ganglions néoplasiques sont véritablement suppurés : c'est alors qu'une incision intempestive, amenée par une erreur de diagnostic, vient donner issue à quelques gouttes de pus mélangé de sang, et devient l'origine de fistules par où s'écoule un liquide sanieux, jusqu'au jour où les bourgeons néoplasiques viennent

transformer l'adénopathie inflammatoire en une adénopathie ulcérée.

L'état général, dans cette forme, est plus généralement touché que dans la formule précédente; souvent, il existe une légère élévation thermique; mais rarement, en dehors des complications érysipélateuses parfois observées, il existe une fièvre élevée. Les malades sont souvent amaigris, affaiblis, et donnent l'impression d'infectés autant que de néoplasiques. Ces formes sont particulièrement graves; on sait, en effet, quelle sévérité de pronostic opératoire représente, en cas d'évidement, la suppuration du foyer opéré; et, d'autre part, l'infection secondaire rend souvent inapplicables ou inefficaces les thérapeutiques par les agents physiques (Regaud).

4° *Forme d'adénopathie sous-maxillaire ulcérée.*
Cette dernière forme représente le degré extrême de l'évolution, et peut être la conséquence de l'infection secondaire des ganglions, mais elle peut aussi apparaître sans phénomènes inflammatoires surajoutés, par la simple progression vers la peau des lésions néoplasiques; la peau adhérente et rétractée s'ulcère plus ou moins largement, souvent en des points multiples, et très rapidement alors ces ulcérations s'étendent présentant tous les caractères habituels des ulcérations cancéreuses: bords surélevés, déchiquetés, coupés à pic, avec des anfractuosités cratériformes; fond sanieux et jaunâtre; hémorragies abondantes. La douleur, en outre, est très vive, et les phénomènes de compression sont parfois assez marqués, traduisant l'extension profonde des lésions. Kocher a vu deux

cas de compression du plexus brachial ; nous avons nous-mêmes observé des adénopathies cervicales ulcérées qui provoquaient de la dyspnée au malade et de la dysphagie par intervalles.

II. — FORME ADÉNOPATHIE SOUS-MENTALE

L'adénopathie à prédominance sous-mentale est un type anatomo-clinique plus rare que le type précédent, mais il s'observe néanmoins dans un certain nombre de cas. L'adénopathie sous-mentale peut exister isolément, au moins au point de vue clinique, dans les cancers de la partie médiane de la lèvre inférieure ; le plus souvent, elle est associée avec des ganglions sous-maxillaires, mais ceux-ci passent au second plan devant la prédominance de l'adénite sous-mentale. Celle-ci peut revêtir les mêmes formes et les mêmes caractères que ceux décrits dans la forme adénopathie sous-maxillaire : forme à petits ganglions durs et multiples ; forme à ganglions fixes et fusionnés ; forme pseudo-inflammatoire, et forme à ganglions ulcérés. Il existe cependant une forme un peu particulière de cette adénite sous-mentonnière, qu'il n'est pas rarissime de rencontrer en clinique. Nous voulons parler de ces ulcérations en cratère, à bords indurés, entourés d'une zone inflammatoire, rongant la région sus-hyoïdienne tout entière et le menton, mettant à nu dans la profondeur l'os maxillaire inférieur parfois séquestré en surface, et arrivant quelquefois à communiquer avec la cavité buccale. La lésion aboutit ainsi à une vaste plaie béante, qui occupe toute la zone sous-mentale, et sur le fond

bourgeonnant de laquelle, au milieu des débris sphacéliques et en arrière de l'os dénudé, on voit sourdre un écoulement salivaire abondant. C'est dans ces cas

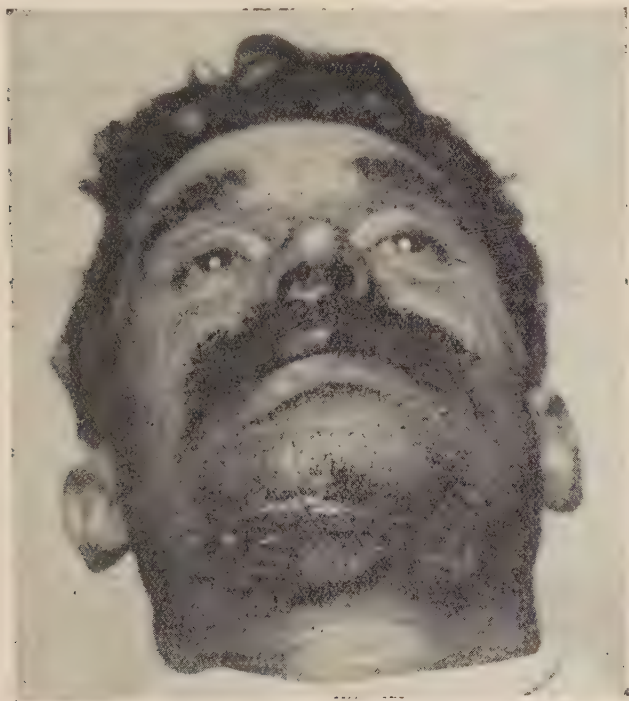


FIG. 2. - Récidive ganglionnaire ulcérée
à forme sous mentale.

qu'il serait très difficile de déterminer quel a été le point de départ du néoplasme : plancher de la bouche, peau du menton, ganglions sous-mentaux, sans la notion de l'intervention sur la lésion labiale.

III. — FORME ADÉNOPATHIE CAROTIDIENNE

Ordinairement, les ganglions carotidiens restent indemnes dans l'évolution du cancer des lèvres ; tout au plus trouve-t-on un ou deux ganglions suspects au

niveau même de la bifurcation de la carotide primitive, mais il est absolument inutile de poursuivre plus bas le curage des ganglions cervicaux. Dans certains



FIG. 3. - Récidive ganglionnaire à forme carotidienne. cas, au contraire, après traitement de la lésion labiale, ou après curage trop limité des ganglions sous-maxillaires, on peut voir la récidive se manifester sous forme de véritable adénopathie carotidienne

basse. En voici un exemple typique dans l'observation suivante, dont nous publions un bref résumé, où la récurrence carotidienne a obligé de réséquer la totalité de la veine jugulaire et du sterno-cléido-mastoïdien :

OBSERVATION. — Cab..., Auguste, 45 ans. Hospitalisé au centre anticancéreux de Lyon en décembre 1927 pour un épithélioma ulcéré de la partie moyenne de la lèvre inférieure, avec adénopathie sous-mentale et sous-maxillaire bilatérale.

Rien à signaler dans les antécédents ni au point de vue de l'examen général.

Wassermann négatif.

1^{re} intervention, le 27 décembre (Docteur Creyssel). — Sous-anesthésie régionale paravertébrale ; curage sous-maxillaire bilatéral, et curage sous-mental. Traitement de la lésion labiale par électro-coagulation, puis par aigüillage de radium (avril 1928).

Revient en mars 1929, pour une récurrence ganglionnaire carotidienne : gros ganglions siégeant au-dessous de la bifurcation carotidienne, adhérent au sterno-cléido-mastoïdien.

2^e intervention le 26 mars 1929 (Docteur Creyssel). — Sous-anesthésie régionale paravertébrale, évidemment carotidien complet à droite, réséquant en bloc de sterno-cléido-mastoïdien, la jugulaire interne, une volumineuse masse adhérente à la bifurcation carotidienne, et de nombreux ganglions. Ligature de la carotide externe.

Traitement complémentaire par appareil moule-radi-père externe (500 mille curies détruits).

Le malade a été revu sans trace de récurrence le 15 octobre 1930 (17 mois après la deuxième intervention).

Cette variété d'adénopathie se manifeste le plus fréquemment sous forme de gros ganglions, qui semblent cliniquement adhérents aux plans profonds, et fixés au niveau de la bifurcation carotidienne. Heureuse-

ment, le plus souvent, ils adhèrent seulement au niveau de la face profonde du sterno-cléido-mastoïdien, et à la veine jugulaire. Il est, en effet, rare qu'ils contractent des adhérences serrées avec la carotide, et le clivage est en général possible avec conservation de l'artère et du nerf pneumogastrique. Mais on peut observer d'autres aspects, notamment la forme ganglionnaire pseudo-inflammatoire, avec périadénite, réaction du tissu cellulaire voisin et de la peau. Il est cependant exceptionnel que ce type de lésions ait le temps d'aller jusqu'à l'ulcération.

IV. — FORME ADÉNOPATHIE JUGALÉ AU VOISINAGE DE L'ARTÈRE FACIALE

A côté de ces grands types anatomo-cliniques très communément observés, il existe une localisation beaucoup plus rare de la récidue ganglionnaire, que nous avons été appelés à observer chez une des malades traitées au centre anticancéreux de Lyon (fig. 4). Chez ce sujet, on trouvait bien, dans les deux loges sous-maxillaires, quelques ganglions indurés, mobiles, non enflammés, de volume moyen; mais l'attention était surtout attirée par la présence d'un volumineux ganglion ulcéré situé dans la région de la joue le long du trajet de la faciale, véritable tuméfaction à peine mobilisable, recouverte d'une ulcération sanieuse et sanguinolente, et prolongé à sa partie supéro-interne par deux ou trois petits ganglions en chapelet. On observe cette forme, en particulier, dans certains cancers de la lèvre supérieure, et surtout à la suite des néoplasmes de la commissure, qui sont d'une particulière malignité, ainsi que nous l'avons déjà souli-

gné dans le chapitre qui traite des conditions étiologiques et pathogéniques des récurrences.

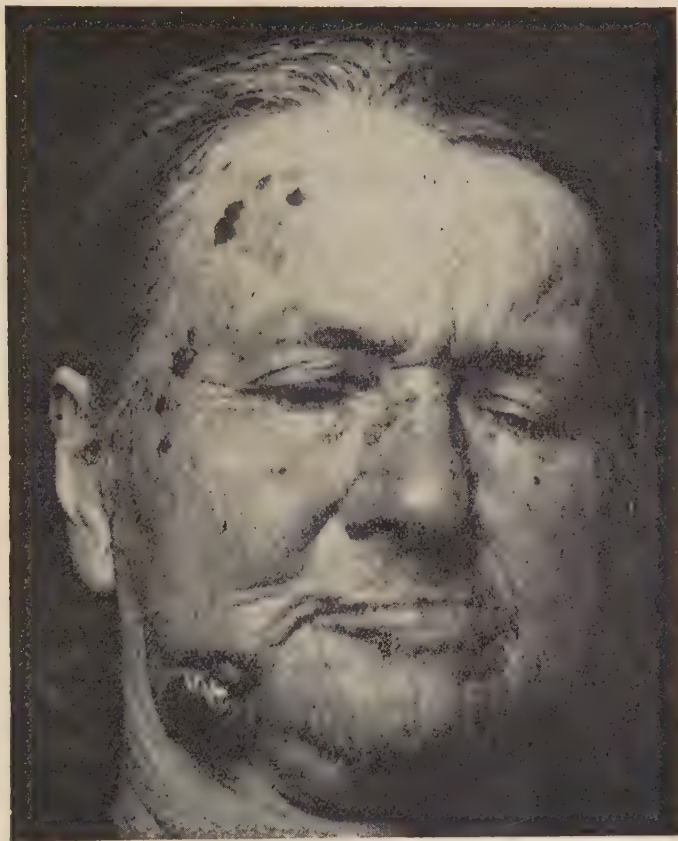


FIG. 4. - Récurrence ganglionnaire à forme jugo-faciale.

Evolution des récurrences ganglionnaires

L'évolution de ces récurrences a en général une marche rapide; l'infestation ganglionnaire se généralise vite à tous les groupes de ganglions tributaires de la région envahie ; peu à peu, leur nombre aug-

mente, leur volume s'accroît, et leur chapelet peut descendre presque dans le creux sus-claviculaire aboutissant à l'envahissement de tous les groupes ganglionnaires du cou. Ils finissent, on l'a vu, par adhérer à la peau, qui, à un moment donné, rougit et s'ulcère. Parfois, le travail d'ulcération se poursuit en même temps du côté des vaisseaux et une hémorragie foudroyante en est la conséquence fatale ; ou bien, si le vaisseau est moins important, c'est alors la répétition des hémorragies qui augmente la cachexie, hâte la fin du malade. A ces phénomènes hémorragiques, s'ajoutent bien souvent des phénomènes de compression exercés par ces masses tumorales ulcérées ou non, donnant lieu à des douleurs très vives, occasionnant de la gêne respiratoire, ou une dysphagie pénible.

La tumeur ne se propage guère au delà des ganglions ; la généralisation viscérale est exceptionnelle, quoique possible, et Virchow, Paget, Ollier et Bruno, en ont relaté quelques observations. Néanmoins, une infection secondaire peut venir se greffer sur ce processus évolutif, et est toujours à redouter.

Dans l'immense majorité des cas, ces malades s'acheminent progressivement vers un état de dépression extrême, favorisant l'éclosion d'une affection aiguë broncho-pneumonique, qui entraîne, à brève échéance, la mort.

Certaines récidives peuvent pourtant évoluer avec une lenteur toute particulière, sans grande atteinte de l'état général : on est alors surpris de voir l'extension que peuvent atteindre certaines ulcérations néoplasiques, lésions purement locales, alors que le porteur présente encore un état général satisfaisant.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Porter le diagnostic de récurrence ganglionnaire observée à la suite du cancer des lèvres, est, en général, d'une extrême facilité. C'est, en effet, le plus souvent dès le premier contact avec le malade, dès le premier examen des lésions ganglionnaires, que l'on pose ce diagnostic, car on est presque toujours guidé par l'existence, sur le pourtour de l'orifice buccal, au niveau des lèvres, d'une cicatrice plus ou moins évidente à l'œil, à l'endroit même où siégeait autrefois « le bouton suspect initial ». Ce dernier — c'est la règle dans l'immense majorité des malades — a été extirpé par l'exérèse chirurgicale, ou encore traité, par les agents physiques, à l'aide de la radiothérapie, de l'électro-coagulation, ou bien de la curiethérapie ; le sujet lui-même, d'ailleurs, insiste sur ce fait caractéristique dans l'histoire de son affection, et c'est bien souvent que nous apprenons ainsi son traitement antérieur limité exclusivement à la lésion primitive.

La signature réalisée par cette cicatrice labiale de l'ancienne ulcération néoplasique, ajoutée aux données fournies par l'interrogatoire du malade, suffisent déjà amplement pour reconnaître la nature de cette adénopathie sous-maxillaire, sous-mentale, ou carotidienne.

Quant aux caractères propres qui permettent de confirmer le diagnostic, de le fonder en quelque sorte sur des bases cliniquement solides, ils nous sont donnés par l'état des ganglions. Nous avons assez insisté, dans l'étude anatomo-clinique, sur les aspects divers que peuvent revêtir ces ganglions dans leur multiples localisations, pour ne pas y revenir.

Mais il peut arriver, pourtant, que le diagnostic ne soit pas aussi simple, et de nombreuses erreurs ont été commises même par des médecins avertis. En effet, il est, d'une part, possible que le sujet ne se souvienne plus du premier traitement limité à la lésion labiale, soit en raison de son âge avancé, soit encore en raison du caractère insignifiant et bénin de l'intervention ; il est possible, d'autre part, que la cicatrice siégeant au niveau des lèvres soit devenue invisible, surtout si l'on a fait un examen sommaire de cette région, ou bien si elle est dissimulée, par exemple, sous la moustache plus ou moins développée du sujet, comme nous avons eu l'occasion de l'observer dans un cas de récurrence ganglionnaire consécutive à un cancer de la lèvre supérieure, et dont le point de départ fut ainsi vainement recherché au cours de plusieurs examens. Alors, le diagnostic se complique, et un grand nombre d'affections donnant lieu à de volu-

mineuses adénopathies, peuvent-être mises en cause. C'est ainsi que le diagnostic peut s'égarer vers celui de lympho-sarcome, d'adénite syphilitique ou tuberculeuse, voire même de tumeurs primitives de la glande sous-maxillaire, de lympho-granulomatose, etc., etc.

Ces cas sont fort heureusement exceptionnels, et l'on peut affirmer que, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic de récurrence ganglionnaire est évident. C'est pourquoi le diagnostic différentiel de ces récurrences avec les autres espèces d'adénopathies ne se pose que très rarement, sauf dans les quelques exceptions que nous venons d'envisager.

En résumé, la notion d'un cancer labial préexistant, la constatation d'une cicatrice suspecte, les caractères classiques et communs de l'ulcération et de l'adénopathie, sont autant d'arguments de grande valeur pour nous permettre de diagnostiquer les récurrences ganglionnaires, dont la nature néoplasique sera toujours vérifiée par l'examen anatomo-histo-pathologique. En effet, une biopsie est, dans les cas douteux, le complément indispensable de tout diagnostic clinique, et il est à peine besoin d'insister sur la nécessité d'examiner histologiquement, de façon systématique, après toute intervention de curage ganglionnaire, les ganglions enlevés. Cet examen, outre l'intérêt théorique qu'il présente, est un élément essentiel pour la conduite rationnelle du traitement. Enfin, le diagnostic, chez de tels malades, ne consiste pas uniquement à reconnaître leurs lésions ganglionnaires, il doit être complété par un examen détaillé du ma-

lade, afin d'étudier ses capacités de résistance, l'état de ses organes essentiels, sa formule sanguine (la numération globulaire doit précéder toujours tout traitement par les radiations), etc.

Cet examen complet du malade permettra, en outre, de déceler les métastases cancéreuses dans les rares cas où elles existent.

DEUXIÈME PARTIE

Conclusions thérapeutiques

Des notions exposées dans la première partie de ce travail, il résulte, d'une part, que le cancer de la lèvre est susceptible d'être guéri à longue échéance dans une proportion de cas très supérieure à celle obtenue dans le traitement des cancers buccaux et péri-buccaux ; d'autre part, que si l'on limite son traitement à l'ablation ou à la destruction de la lésion labiale seule, on est exposé, dans les conditions de surveillance difficiles où se trouvent placés la plupart des malades, à voir se développer beaucoup plus fréquemment des récidives sous forme de tumeurs ganglionnaires ; et les aspects anatomo-cliniques de ces tumeurs ganglionnaires sont tels que leur traitement, contrairement à celui du cancer des lèvres en général, reste des plus décevants.

Quel est donc le meilleur moyen d'éviter ces récidives, et quelle thérapeutique peut-on, sans grande illusion, tenter contre elles, lorsqu'on est appelé à les observer ?

CHAPITRE V

Prophylaxie des récidives ganglionnaires

C'est précisément pour éviter ces récidives ganglionnaires qu'il nous semble nécessaire de maintenir, contrairement à l'opinion émise par M. le Professeur Regaud, le principe du curage systématique des territoires ganglionnaires correspondants, c'est-à-dire pratiquer dans tous les cas l'ablation ou la destruction de la lésion primitive, et l'extirpation non seulement des ganglions envahis, mais encore des ganglions susceptibles d'être envahis, même s'ils ne donnent aucun signe de cancérisation, ni de réaction inflammatoire. Cette opinion, d'ailleurs, était celle classiquement admise par un grand nombre de chirurgiens ; c'est ainsi que Butlin, en 1898, préconisait l'extirpation de tous les ganglions du triangle antérieur du côté atteint, et qu'en 1902, Poirier, à l'exemple de Kocher, conseillait de nettoyer systématiquement les triangles antérieurs des deux côtés. Pour eux, comme pour nous, l'adénectomie systématique est une mesure

nécessaire, et, cela, parce que de nombreux cas d'adénopathies secondaires surviennent, après l'ablation de la lésion primitive, non suivie d'adénectomie, lorsqu'on n'a pas pris le soin de pratiquer en même temps que l'exérèse empirique des régions envahies, l'exérèse préventive de tous les groupes lymphatiques capables d'être envahis.

En pratique, dans quelles conditions est-on appelé à appliquer ce traitement, et comment doit-on combiner le traitement de la lésion initiale et le traitement ganglionnaire ?

Nous ne voulons pas ici reprendre en détail toute la question du traitement du cancer des lèvres, mais seulement donner quelques lignes générales de conduite, résultant de l'observation des faits que nous avons rappelés.

A. — TRAITEMENT DE LA LÉSION INITIALE

Il est superflu de discuter ici les indications respectives de la chirurgie, et des agents physiques dans ce traitement. D'une façon générale pourtant, l'on peut dire que :

1° Les cancers très limités de la partie moyenne, ou des parties latérales, peuvent être, indifféremment, traités par l'exérèse chirurgicale, suivie d'une réparation immédiate, ici très facile, de la lèvre par les divers procédés de cheiloplastie employés, ou par l'irradiation au moyen d'aiguilles de radium, d'appareils moulés, ou de rayons X filtrés ; quant au traitement par les rayons X non filtrés (feu-nu) en une séance, suivant la méthode de Coste, il est, lui aussi,

susceptible de donner de bons résultats, mais au prix d'une cicatrice beaucoup plus fragile, dans une région où cette fragilité n'est pas sans inconvénient. De même, il ne nous a pas semblé que l'électro-coagulation diathermique donne des résultats aussi sûrs, sauf dans des cas de lésions très limitées en surface ou en profondeur, que les méthodes énoncées plus haut.

2° Les cancers étendus à presque toute la lèvre, les cancers de la commissure dont l'exérèse chirurgicale entraînerait une mutilation importante, ou des autoplasties très difficiles, peuvent être traités plus simplement aujourd'hui, et de façon plus sûre, par la curiethérapie ou par la radiothérapie profonde, à condition d'employer les doses élevées nécessaires.

3° Les cancers adhérents au périoste ou au maxillaire posent un problème thérapeutique plus délicat. Ici, en effet, l'extension des lésions au squelette expose, au cas d'application par les agents physiques, à des nécroses secondaires plus ou moins étendues du maxillaire. C'est pourquoi la large exérèse chirurgicale, avec résection partielle de l'arc maxillaire, maintenant une baguette osseuse qui permet de garder intact l'arc maxillaire inférieur, est l'opération de choix lorsque les lésions ont dépassé le périoste, mais sont assez limitées en profondeur au niveau de l'os. Le pronostic opératoire est alors assez faiblement aggravé. Il n'en est pas de même dans les cas plus étendus obligeant à la résection totale d'un segment de l'arc maxillaire : le pronostic immédiat devient alors très grave. De toutes façons, le nombre des guérisons obtenues à longue échéance dans ces cas par la chi-

rurgie reste beaucoup plus faible que dans les catégories précédentes; c'est pourquoi un traitement complémentaire par appareil moulé radifère, ou par rayons X pénétrants, doit toujours le compléter : il expose moins alors à la nécrose que primitivement, avant l'ablation des segments malades. Mais il reste, lui aussi, aléatoire dans ses résultats éloignés.

Ce traitement de la lésion initiale, doit-il être pratiqué dans un même temps que le traitement ganglionnaire, avant lui, ou après lui ? D'une façon générale, on peut dire qu'il est préférable de commencer par lui, ou de le faire en même temps si l'état général le permet. Mais il existe des cas d'espèce où l'on pourra commencer par l'ablation des lésions ganglionnaires sans aucun inconvénient, à condition de ne pas reculer au delà de une ou deux semaines le traitement de la lésion initiale. Nous aurons, d'ailleurs, à les discuter dans l'étude des indications du curage ganglionnaire.

B. CONDUITE A TENIR A L'ÉGARD DES GANGLIONS

C'est à ce point de vue que nous demeurons partisans, mis à part quelques cas exceptionnels, du curage systématique des territoires ganglionnaires correspondants au néoplasme traité. M. le Professeur Bérard est affirmatif à ce sujet : « Le cancer des lèvres, quand il est observé avant une propagation trop étendue à la joue, et avant l'envahissement du maxillaire correspondant, peut, en général, être opéré assez largement pour que l'on évite des récidives dans plus de 50 % des cas. Mais il importe, pour obtenir

ces résultats heureux, d'opérer précocement, de procéder d'emblée à l'évidement large des territoires ganglionnaires correspondants, même quand l'examen n'y révèle pas de ganglions suspects. »

1° *Il existe pourtant quelques cas exceptionnels* où l'on pourra, sous la conduite d'une étroite surveillance, manquer à cette règle thérapeutique. Tels les cas de malades présentant une lésion labiale très au début, indemnes de toute atteinte ganglionnaire apparente, et placés dans des conditions telles qu'ils puissent subir, pendant plusieurs mois et plusieurs années, des examens à des dates très rapprochées, deux fois par mois par exemple. C'est ainsi qu'en clientèle de ville certains sujets intelligents, s'observant eux-mêmes, et prévenus du danger, pourront éviter parfois le temps ganglionnaire ; mais il ne peut s'agir là que de *très rares exceptions*, comme en comporte toute règle thérapeutique.

2° *Dans tous les autres cas, nous préconisons le curage ganglionnaire systématique des territoires* correspondants à la localisation primitive du néoplasme. Bien souvent, cette éradication des gîtes ganglionnaires sera complétée par un traitement ultérieur par les radiations.

On peut objecter à cette ligne de conduite :

- a) La gravité de cette intervention supplémentaire ;
- b) La présence d'une cicatrice peu esthétique ;
- c) La guérison durable, possible, sans cette intervention.

Ces objections n'ont qu'une valeur très relative :

l'expérience nous apprend, en effet, que le curage ganglionnaire dans ces cas est aujourd'hui fort peu grave ; et, comme l'a dit M. le Professeur Bérard dans son article sur le traitement actuel des cancers cutanés et muqueux de la face et de la cavité buccale (*Avenir Médical*, 1923) : « Cette intervention facile à pratiquer, sous anesthésie locale ou régionale, et peu shockante, entraîne une mortalité à peu près nulle, et peut être tentée même chez des sujets âgés ou débilisés. » D'ailleurs, les suites opératoires sont, dans l'immense majorité des cas, simples et rapides ; c'est ainsi que les malades ont, en général, un lever précoce, le lendemain de leur opération, et, par suite, un séjour hospitalier très réduit.

La cicatrice qui est la conséquence du curage ganglionnaire, est dissimulée aisément au-dessous du rebord maxillaire ; et, à condition de faire l'incision sous-maxillaire assez basse, on peut éviter les lésions des filets nerveux inférieurs du facial, dont la section présenterait quelques inconvénients esthétiques. Enfin, s'il est indéniable que l'on observe parfois des guérisons chez des sujets traités sans curage ganglionnaire, il n'existe pas de criterium assez sûr, permettant de reconnaître les cas menacés de récidives pour laisser cette menace suspendue sur un certain nombre de malades.

De plus, cette ablation chirurgicale offre de grands avantages. Elle permet un contrôle, d'abord *macroscopique*, puis *histologique*, de l'état des ganglions prélevés, autrement sûr que pourrait l'être l'examen clinique le plus minutieux et le plus compétent. Elle

permet, par cet examen, un pronostic plus précis, car Regaud a insisté avec raison sur la différence très marquée des résultats éloignés dans les cas où existent des ganglions histologiquement envahis, et dans ceux où on ne trouve pas de lésions épithéliomateuses.

Enfin, elle permet de juger plus sûrement de l'opportunité d'un traitement complémentaire par les agents physiques : s'il n'est pas démontré, de façon certaine, que ce traitement agisse sur les envahissements lymphatiques, on ne peut pourtant pas se priver des garanties qu'il est peut-être susceptible de fournir dans des cas où les lésions paraissent donner peu de chances de guérison par le seul traitement chirurgical.

QUELS SONT DONC LES CAS CLINIQUES QUI SE PRÉSENTENT A L'EXAMEN ?

1° *Cas où il n'y a absolument pas de ganglions perceptibles.* — Ce sont les cas où M. le Professeur Regaud conseille l'abstention de l'intervention ganglionnaire et où il préconise la temporisation. Nous avons montré pourquoi, mises à part les très rares exceptions que nous avons précédemment envisagées, l'ablation chirurgicale des territoires ganglionnaires correspondants nous paraît devoir être systématique. Celle-ci pourra, sans inconvénient, être faite le plus souvent en même temps que l'ablation de la lésion labiale, à moins qu'un doute sur son caractère clinique n'ait fait rejeter ce temps ganglionnaire après un examen histologique de la lésion initiale.

2° *Cas où il existe des ganglions d'aspect inflammatoire, secondaires à une lésion labiale probablement infectée.* — Il y a intérêt, ici, à attendre quelques jours pour permettre la désinfection de l'ulcération initiale ; celle-ci sera alors extirpée ou détruite, et le curage alors pourra être fait dans des conditions d'asepsie meilleure, l'élément inflammatoire ayant partiellement regressé dans les ganglions. Il est inutile, dans ce cas, d'instituer un traitement complémentaire par les radiations, les ganglions n'étant pas, en règle générale, le siège de métastases cancéreuses : c'est seulement dans le cas où l'examen histologique des ganglions les montrerait envahis, qu'on instituerait ce traitement.

3° *Cas où il existe des ganglions d'apparence néoplasique, cliniquement perceptibles, mais mobiles.* —

Il n'y a aucun doute pour personne dans ce cas ; le curage ganglionnaire est nécessaire ; les radiothérapeutes eux-mêmes reconnaissent l'action incertaine des rayons X sur ces adénopathies suspectées de métastases néoplasiques. Néanmoins, un traitement complémentaire par le radium, ou bien l'emploi des rayons X profonds, après éradication des ganglions peut, lorsque les ganglions étaient envahis par le cancer, donner de bons résultats.

4° *Cas où les ganglions sont adhérents au maxillaire.* — L'intervention chirurgicale s'impose toujours. Très souvent, on est en présence d'adhérence limitée au périoste seulement ; celui-ci est décollé à l'aide de la rugine, et enlevé en même temps que la glande sous-maxillaire, et les amas ganglionnaires. Enfin, une thérapeutique complémentaire, la curie-

thérapie par exemple, peut améliorer le résultat de l'acte opératoire. Mais il existe quelquefois des adhérences plus profondes avec l'os, qui est lui-même envahi. Alors, le pronostic s'assombrit beaucoup, puisqu'on est dans l'obligation de réséquer un segment de l'arc maxillaire, et qu'on court les risques « de complications immédiates surtout, pneumonies de déglutition, et de récides ganglionnaires dans les éléments lymphatiques profonds des régions carotidiennes et sus-claviculaires » (Professeur Bérard).

5° *Cas où il existe un blocage complet avec les éléments profonds et le squelette.* — Ce sont ces cas inopérables où les perspectives de guérison radiothérapique sont très réduites. « A défaut de guérison, une radiothérapie correcte (par rayons X ou radium en application externe) de ces tumeurs ganglionnaires inopérables donne de bons résultats palliatifs. » (Regaud).

De cet énoncé des règles thérapeutiques, il résulte, d'une part, que le curage ganglionnaire est à la base même du traitement prophylactique des récides, d'autre part, que le traitement complémentaire par les radiations vient augmenter les chances de guérison dans un grand nombre de cas. Il nous reste à préciser quelle doit être l'étendue de l'excision ganglionnaire dans les cas habituels, lorsqu'il n'y a pas de ganglion perceptible en dehors des régions sous-maxillaires. L'évidement ganglionnaire unilatéral est indiqué dans les cas où la lésion initiale, observée tout à fait à son début, est franchement limitée à un côté de la lèvre ; cette intervention doit être complétée par

l'ablation du tissu cellulaire sus-hyoïdien jusqu'au muscle digastrique du côté opposé, et de tous les lymphatiques qui relient la lésion primitive aux ganglions engorgés ou douteux. On doit, en outre, pratiquer la vérification du confluent carotidien, correspondant au néoplasme traité.

L'évidement bilatéral des ganglions est pratiqué dans les cancroïdes médians de la lèvre inférieure, et dans les cancers étendus ; on doit, dans tous les cas, faire l'ablation en bloc de tous les éléments lymphatiques, en cherchant partout les plans de clivage au ras des fibres musculaires, et dans le tissu cellulaire au contact même des gaines des vaisseaux. Il est indiqué d'enlever toujours la glande sous-maxillaire, de pousser le curage jusqu'au carrefour carotidien, de débarrasser le terrain de tous les tissus suspects, et de lier la faciale aussi haut que possible sur le rebord du maxillaire, car un ou deux ganglions, siégeant à son contact, seront ainsi enlevés afin d'éviter les récurrences génériques ultérieures.

Lorsqu'un traitement au moyen des agents physiques est institué, soit séparément, soit concurremment avec l'intervention chirurgicale, nous disposons de deux modes efficaces de thérapeutique : la radiothérapie profonde et la curiethérapie. Le meilleur procédé paraît être l'emploi, suivant la technique de Regaud, d'un vaste appareil radifère moulé, permettant de détruire 200 à 300 millicuries au niveau des zones ganglionnaires. « Les supports moulés utilisés sont pleins, si leur épaisseur ne dépasse pas 3 cm., creux à partir de 4 cm. On utilise des tubes de radium de charge égale (6 mg. 66 de radium élément, ou

13 m. 33 de radium élément, correspondant à des débits horaires unitaires de 50 à 100 microcuries détruits) ayant une filtration équivalente à 1 millimètre de platine. Les bords de la surface radiante sont munis de lames de plomb de 2 millimètres, qui renforcent la filtration pour le rayonnement inutile, et en réduisent, dans une certaine mesure, la nocivité pour les parties du corps voisines de la surface à traiter.

« La disposition de la région ganglionnaire sous-maxillaire rend relativement facile et efficace ce procédé dans les cas où il ne s'agit pas de grosses tumeurs. » (Regaud).

En suivant de telles règles thérapeutiques, nous croyons qu'on est dans les meilleures conditions pour éviter les récives. Celles-ci seront malheureusement encore fréquentes, dans les cas où les ganglions seront le siège de métastases cancéreuses, révélées par un examen histologique. Mais, suivant l'opinion de Morestin : « Si (avec une ligne de conduite semblable au point de vue opératoire) l'on n'arrive point toujours à écarter le péril, du moins réussira-t-on dans une proportion infiniment consolante. » C'est ainsi que nous avons observé, au centre anti-cancéreux de Lyon, des résultats heureux et des guérisons à longue échéance en nous tenant à cette doctrine opératoire, comme on peut s'en rendre aisément compte par le tableau suivant, où l'exérèse de la lésion primitive, accompagnée du curage ganglionnaire, ont été suivies de guérisons beaucoup plus nombreuses (28 cas sur 31 traités sont restés guéris après 4 ans) que lorsque le traitement de la lésion labiale a consisté seulement dans l'ablation, soit par la chirurgie, soit par les agents physiques (4 cas sur 18 seulement guéris après 4 ans).

*Répartition des adénopathies suivant le siège de la lésion primitive et Résultat du traitement
du Cancer des lèvres d'après l'étude de 49 observations de malades suivis depuis au moins quatre ans
(il compris les 16 cas de récidives ganglionnaires traitées dans le service).*

LOCALISATION de la lésion primitive	TO ALISATION de l'adénopathie				ÉVOLUTION des malades dont la lésion a seule été traitée (eux-ci étant le plus souvent des ganglions sans caractère) (15 cas sur 18)			ÉVOLUTION des malades dont la lésion primitive a été traitée ainsi que les ganglions, ces derniers ne présentant le plus souvent aucun signe d'envahissement néoplasique (25 cas sur 31)		
	sous- maxillaire	Carotil- dienne	Sous- mentale	Bilatéralité des lésions	Total	Guérisons après au moins 4 ans	Morts	Total	Guérisons après au moins 4 ans	Morts
Epithéliomas de la lèvre supérieure	1				1		1	3	3	
Epithéliomas des commissures	2				2	1	1			
Epithéliomas des parties latérales (Lèvre inférieure)	33	11	3	3	13	2	11	10	17	3
Epithéliomas des parties médianes (Lèvre inférieure)	7	4	1	1	5	1	1	5	5	
Epithéliomas infiltrant la totalité de la lèvre inférieure	3	3	1					3	3	
Résultats globaux	49	27	5	6	18	4	11	31	28	3

CHAPITRE VI

Traitement curatif ou palliatif des récidives ganglionnaires

Si on obtient, dans l'immense majorité des cas, de bons résultats par le traitement prophylactif des récidives ganglionnaires, il n'en est malheureusement pas de même dans le traitement curatif de ces récidives, qui, on l'a vu, se présentent souvent dans des conditions anatomo-cliniques telles (radio-résistance acquise des tissus néoplasiques à la suite du premier traitement) que la thérapeutique en est d'une application beaucoup plus délicate.

On peut cependant, dans certains cas de ces récidives, obtenir des améliorations temporaires, ou même des guérisons prolongées ; il n'est donc pas inutile, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture de nos observations, de mettre en œuvre tous les modes thérapeutiques pour essayer d'obtenir un résultat.

Les méthodes de traitement dont on dispose sont les mêmes que lorsqu'on traite la lésion primitive. C'est ainsi qu'on pratique l'ablation chirurgicale des ganglions, parfois étendue aux segments squelettiques voisins envahis par le processus néoplasique, les irradiations par les rayons X pénétrants, par la radium-puncture, ou par les appareils moulés radifères.

L'association des deux méthodes, radiothérapie ou curiethérapie, vient compléter toujours l'acte chirurgical.

QUELLES SONT DONC, EN PRATIQUE, LES INDICATIONS DU TRAITEMENT CURATIF DE CES RÉCIDIVES ?

1° *Il y a des cas réellement au-dessus de toute ressource thérapeutique* lorsqu'il existe une large extension des lésions au squelette, avec une infiltration néoplasique étendue des parties molles ; là, on rencontre souvent, chez de tels sujets, des infections secondaires. La seule intervention possible est l'exérèse très large, avec la résection de l'os maxillaire et aussi, parfois, la ligature de l'artère carotide primitive ; mais cette opération est d'une telle gravité, et ses chances de succès durable sont si peu nombreuses, que ces malades sont, la plupart du temps, confiés à un traitement médical symptomatique. Car, les effets palliatifs obtenus par les rayons X ou le radium sont, dans ces cas, souvent peu nets, d'autant plus que l'état général de ces sujets ne permet point l'emploi de doses fortes.

2° *Dans d'autres cas, au contraire, les lésions se présentent avec des caractères tels* (les ganglions sont

petits, mobiles et multiples) *que le traitement devient facile*. Celui-ci sera alors identique au traitement qui aurait dû être institué la première fois, c'est-à-dire : un curage large des ganglions envahis, complété par l'emploi de la radiothérapie ou de la curiethérapie. Il est souvent nécessaire de descendre, dans ces cas, au-dessous du confluent carotidien, par suite des récidives basses toujours possibles ; et, parfois, on est obligé de pratiquer un curage complet de toute cette région, avec la résection du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien et de la jugulaire, et de lier l'artère carotide externe.

3° *Entre ces deux cas extrêmes, il existe toute une série de cas intermédiaires*. On peut trouver des ganglions adhérents qui sont le siège de périadénite, et qui, parfois, présentent des ulcérations en plusieurs points. Ce sont les cas où, il y a quelques années, on essayait volontiers le traitement par les agents physiques seuls (tubes de radium nus, radiumpuncture, rayons X pénétrants, appareils moulés radiférés).

Devant le peu de résultats obtenus, et cela malgré des doses énormes employées, on préfère actuellement tenter l'exérèse chirurgicale lorsque celle-ci est anatomiquement possible, sans nécessiter la ligature de l'artère carotide interne, ni une résection osseuse trop étendue ; et, on n'utilise les agents physiques que comme traitement complémentaire. On est, le plus souvent, en présence de cas d'espèce dans lesquels il faut essayer d'apprécier aussi exactement que possible l'opérabilité. Parfois, l'on est ainsi amené à commencer une tentative d'exérèse, qui sera reconnue, en

cours d'intervention, impossible; alors, une thérapeutique par les agents physiques reste sans grand espoir, comme traitement palliatif.

Les suites du traitement de ces récidives ganglionnaires sont assez simples, malgré les larges évidements pratiqués. En effet, cette intervention est facile à faire sous l'anesthésie locale ou régionale, et n'entraîne point un shock opératoire trop marqué; en outre, grâce à un traitement consécutif assez énergique, il est possible aujourd'hui d'éviter les complications pulmonaires, l'infection locale et les hémorragies secondaires. autrefois si fréquentes dans ces cas.

Mais si les suites proches sont, dans la majorité des cas, satisfaisantes, les résultats éloignés du traitement des récidives ganglionnaires restent très décevants, comme en témoigne l'étude de nos 16 observations, où 13 de nos malades sont morts, malgré les divers modes de traitement pratiqués. Et c'est là le meilleur argument, par l'opposition de ces résultats à ceux obtenus par le curage ganglionnaire prophylactique, en faveur des règles thérapeutiques que nous avons préconisées dans le précédent chapitre.

Conclusions

1. — Il était classiquement admis, au cours de ces dernières années, que le traitement de l'épithélioma de la lèvre inférieure devait comprendre systématiquement deux actes thérapeutiques : *a)* la destruction par la chirurgie ou les agents physiques de la lésion primitive; *b)* l'évidement pratiqué non seulement lorsque les ganglions suspects ont été perceptibles, mais encore à titre prophylactique, dans tous les autres cas d'épithélioma labial histologiquement vérifié.

2. — A la suite des travaux récents, certains auteurs ont voulu revenir sur cette règle thérapeutique, s'appuyant sur l'absence, très fréquente dans les cas où les ganglions ont été cliniquement perçus, de lésions néoplasiques histologiquement décelables dans ces ganglions qui apparaissent le plus souvent purement inflammatoires ; et, sur la forte proportion de guérisons définitives, obtenues dans les cas où il n'y avait pas de ganglions perceptibles, par la seule destruction de la lésion initiale.

C'est ainsi que M. Regaud et ses collaborateurs sont arrivés à conseiller, dans les cas où l'on ne constate que des ganglions sous-maxillaires banaux, sans ca-

ractères suspects, et de même dans les cas où il n'existe aucun ganglion palpable, de s'abstenir d'opérer immédiatement les régions ganglionnaires.

3. — L'étude des récidives ganglionnaires observées après traitement de l'épithélioma de la lèvre nous a montré, contrairement à ces conclusions, la fréquence de ces récidives, dans les cas où, à l'examen pratiqué lors du premier traitement, il n'y avait pas eu de ganglions perceptibles, ainsi que dans ceux où il existait des ganglions d'allure inflammatoire.

4. — Les formes anatomo-cliniques revêtues par ces récidives sont caractérisées, très souvent, par une extension des lésions ganglionnaires, des adhérences profondes, des phénomènes inflammatoires surajoutés, l'ulcération plus fréquente, si bien que leur pronostic et la difficulté de leur thérapeutique n'ont plus rien de comparable aux conditions dans lesquelles se présentent, lors d'un premier traitement, les lésions ganglionnaires habituellement observées.

Le traitement de ces récidives ganglionnaires donne, en effet, quel que soit les moyens mis en œuvre : chirurgie, radiologie, radiumthérapie, des résultats les plus décevants.

5. — Nous considérons donc que l'étude de ces récidives constitue une confirmation de la nécessité du curage ganglionnaire systématique dans le traitement de l'épithélioma de la lèvre inférieure, curage de la région sous-mentale, des deux régions sous-maxillaires avec vérification des ganglions carotidiens. Pra-

tiquée sous anesthésie loco-régionale, cette intervention apparaît comme extrêmement bénigne, et elle est seule susceptible de garantir au maximum l'avenir de tels malades. Seuls pourraient peut-être faire exception à cette règle des malades placés dans des conditions de surveillance médicale actuellement irréalisable en clientèle hospitalière.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BÉRARD.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 7 Octobre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

Notre étude portant uniquement sur la question des récidives ganglionnaires consécutives aux cancers des lèvres, nous n'avons pas tenu compte, dans ce court exposé bibliographique, de tous les ouvrages ayant trait aux cancroïdes des lèvres.

BAYER. — Du nouveau et du vieux sur les ganglions lymphatiques malades. (*Archives f. Klinioh. Chir.* 1895, p. 49.)

BÉRARD. — Traitement du cancer de la langue par combinaison du radium et des manœuvres chirurgicales. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 1923.)

— Traitement actuel des cancers cutanés et muqueux de la face et de la cavité buccale. (*Avenir Médical*, Lyon, septembre 1923.)

BLOODWOOD. — Deux cents cas de cancer de la lèvre inférieure. (*Surgery Gynæcology Obstetrics*, 1914, t. XXVIII, p. 404.)

BOUILLET. — *Thèse de Lyon*, 1906.

CORNIL et RANVIÉ. — Anatomie pathologique.

COURTOIS-SUFFIT. — Rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer. (*Revue des maladies cancéreuses*, 1901.)

DEGRAIS. — A propos de la communication de M. Regaud sur le traitement des cancers des lèvres par les rayons X et le radium. (*Association française pour l'étude du cancer*, 21 novembre 1921.)

- DOLLINGER. — A propos du traitement du cancer des lèvres. (*Congrès de la Société intern. chir.*, Bruxelles, 1908.)
- DORENDORF. — Système lymphatique des lèvres. (*Intern. monat. f. anat. end phys.*, 1901-1902.)
- DUBOIS-ROQUEBERT. — Le traitement des adénopathies cervicales consécutives aux épithéliomas des lèvres et de la langue. (*Thèse de Paris*, 1924.)
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie.
- DURANTE. — Exérèse des ganglions lymphatiques dans le cancer de la lèvre inférieure. (*Archivio italiano de Chirurgie*, 1903, t. VIII, p. 201.)
- Importance du stroma dans le cancer.
- DUROUX. — Traitement chirurgical du cancer de la lèvre inférieure. (*Province Médicale*, Paris, 1902.)
- EWING (J.). — Les maladies cancéreuses. (*Saunders édition*, Londres 1919.)
- FONTS. — Lipo cancer deduction from 191 casis. (*Bulletin de la Ligue contre le Cancer*, janvier 1928.)
- FORGUE. — Le diagnostic précoce du cancer des lèvres. (*Presse Médicale*, n° 83, 17 octobre 1925.)
- DE GRAND-MAISON. — Sur l'évolution histologique du cancer dans les ganglions lymphatiques. (*Archives générales de la Médecine*, 1897, p. 143.)
- HAMMERSCHLAG. — Sur la multiplication des ganglions lymphatiques à l'état pathologique. (*Virchows. Archiv.*, 1908, t. CXIX, fasc. 2, 2 novembre.)
- JORDAN. — Ueber Spatrezidive der Carcinoms. (*Kertschr. F. Krebsforschung*, 1904.)
- LAROYENNE. — Cancer de la lèvre inférieure. (*Revue intern. de médecine et de chirurg.*, Paris, 1917.)
- LABHART. — Zur frage der danerherlungerer. (*Beitrage z. Klin. Chirurg.*, 1902.)
- LANGENBERG. — Archives de Chirurgie clinique.

- LECÈNE. — Early clinical and therapeutich study of invasion of lymphatic nodes in pavement epitheliomas of lips and tongue, 8 cases. (*Pratiqu. Médicale franç.*, 7, p. 219-227, mai 1928.)
- LORTET. — *Thèse de Paris*, 1861.
- MORESTIN. — Congrès de Chirurgie de Paris, 1903. (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1912-1913.)
- NIEL. — Contribution à l'étude des adénopathies dans les cancers de la lèvre inférieure. (*Thèse de Lyon*, 1920-1921.)
- NEPVEU. — *Revue des Maladies cancéreuses*, mars 1889.
- POLLOSSON. — Leçons de clinique chirurgicale.
- PLICQUÈ. — *Thèse de Paris*, 1888.
- PETRICK. — Sur l'envahissement cancéreux des ganglions lymphatiques. (*Deutsch Zeith für chir.*, 1901.)
- REGAUD, JOLLY, LACASSAGNE, ROUX-BERGER, CESBRON, COUTARD, MONAD, RICHARD. — Sur le traitement des cancers des lèvres par les rayons X et le radium. (*Bull. Assoc. Franc.*, étude du cancer, p. 231, juillet 1921.)
- REGAUD, LACASSAGNE, ROUX-BERGER, COUTARD, MONOD, PIERQUIN, RICHARD. — Les adénopathies consécutives aux cancers des lèvres, de la langue, et du plancher de la bouche, Leurs indications thérapeutiques ; leur traitement. (*Paris Médical*, n° 16, 16 avril 1927.)
- REGAUD et BARJON. — Anatomie pathologique du système lymphatique dans la sphère des néoplasmes malins. (*Ann. de l'Université de Lyon*, 1897.)
- ROBERT. — *Thèse de Montpellier*, 1904.
- RAYMOND (P.). — De l'ablation des ganglions dans le cancer. (*Revue des Maladies cancéreuses*, p. 160, 1901.)

- SISTRUNCK. — The resultats of surgical treatment of epithelioma of the lip. (*Annal. Surg. Philadelphie*, 1921, LXXIII, p. 521-526.)
- STIEDA. — De l'extirpation des ganglions lymphatiques dans le cancer de la lèvre inférieure. (*Arch. für. Klin. Chirurg.*, 1901.)
- TRUFFERT, P. — Technique de l'excérèse des ganglions lymphatiques sous-maxillaires. (*Journal de Chirurgie*, t. XXI, p. 26.)
- VALLAS. — Cancroïde des lèvres. (*Lyon Chirurgical*, 1909-1910.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
PREMIÈRE PARTIE. — Etude anatomo-clinique des récidives ganglionnaires dans le cancer des lèvres, après traitement limité de la lésion initiale.....	15
<i>Chapitre I.</i> — Observations	17
<i>Chapitre II.</i> — Rappel des conditions étiologiques et pathogéniques des récidives ganglionnaires	45
<i>Chapitre III.</i> — Formes anatomo-cliniques des réci- dives ganglionnaires	59
<i>Chapitre IV.</i> — Diagnostic	71
DEUXIÈME PARTIE. — Conclusions thérapeutiques ..	75
<i>Chapitre V.</i> — Prophylaxie des récidives ganglion- naires	77
<i>Chapitre VI.</i> — Traitement curatif ou palliatif des récidives ganglionnaires	89
CONCLUSIONS	93
BIBLIOGRAPHIE	97
TABLE DES MATIÈRES	102



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



